

Upravljanje ljudskim resursima u kriznim situacijama u zdravstvu

Gazić, Dario

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:463005>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-23**

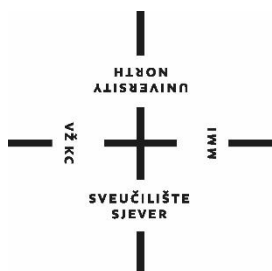


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 287/SSD/2023

UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U
KRIZNIM SITUACIJAMA U ZDRAVSTVU

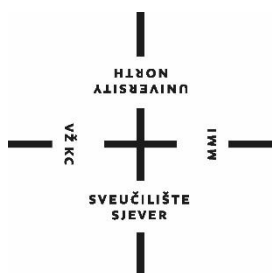
Dario Gazić

Varaždin, veljača 2024. godine

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

**Sveučilišni diplomski studij „Sestrinstvo –
menadžment u sestrinstvu“**



DIPLOMSKI RAD br. 287/SSD/2023

UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U KRIZNIM SITUACIJAMA U ZDRAVSTVU

Student:

Dario Gazić, 1003041528

Mentor:

Izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, veljača 2024. godine

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrištvo

STUDIJSKI diplomski sveučilišni studij Sestrištvo – menadžment u sestrištvu

PRISTUPNIK Dario Gazić

MATIČNI BROJ 1003041528

DATUM 20.07.2023

KOLIKO Vještine vođenja i organizacije rada u sestrištvu

NASLOV RADA Upravljanje ljudskim resursima u kriznim situacijama u zdravstvu

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Management of human resources in crisis situations in healthcare

MENTOR dr.sc. Marijana Neuberg

EMAIL izv.prof.dr.sc

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Ivo Dumić Čuta, predsjednik

2. izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg, mentorica

3. izv.prof.dr.sc. Tomislav Meštrović, član

4. doc.dr.sc. Ivana Živoder, zamjenski član

5.

Zadatak diplomskog rada

BROJ 287/SSD/2023

OPIS

Upravljanje ljudskim resursima u kriznim situacijama u zdravstvu je izuzetno važno kako bi se osigurala adekvatna skrb za pacijente i održala funkcionalnost zdravstvenog sustava. Jedan od ključnih izazova s kojima se suočava zdravstveni sustav je nedostatak medicinskih sestara. Nedostatak ovog kadra može biti posebno izražen tijekom kriznih situacija kao što su pandemije, potresi ili ratovi. Razlozi za nedostatak medicinskih sestara su mnogobrojni - demografsko promjene, povećanje starije populacije koja zahtijeva više zdravstvene skrbi, nedovoljna promocija ovog zanimanja, niske plaće i radni uvjeti, te nedostatak mogućnosti za napredovanje i usavršavanje. Krize poput pandemije COVID-19, potresa ili rata dodatno opterećuju zdravstveni sustav i zahtijevaju brzo i učinkovito upravljanje ljudskim resursima. Upravljanje ljudskim resursima u kriznim situacijama u zdravstvu zahtijeva sveobuhvatni pristup koji uključuje promociju zanimanja medicinskih sestara, poboljšanje radnih uvjeta i plaća, osiguranje dovoljno kvalificiranog osoblja, brzo i fleksibilno zapošljavanje te pružanje podrške i brige za medicinsko osoblje. Samo kroz sveobuhvatne mjere možemo osigurati da zdravstveni sustav bude spreman za krizne situacije i da pacijenti dobiju potrebnu zdravstvenu skrb.

DATUM UPOŠEN

15.07.2023.



Predgovor

Neizmijerna zahvala mojoj mentorici izv. prof. dr. sc. Marijani Neuberg na stručnoj pomoći i kolegijalnim savjetima utemeljenim na znanju te na razvoju meni novih ključnih vještina menadžmenta u sestrinstvu što me je dodatno motiviralo za moj daljnji rad i napredovanje.

Također se zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima koji su bili uz mene sve vrijeme studiranja i bili mi veliki poticaj.

Sažetak

Upravljanje ljudskim resursima u kriznim situacijama u zdravstvu postavlja izazove pred organizacije koje zahtijevaju agilne, prilagodljive i inovativne strategije. Krizne situacije, kao što je pandemija poput COVID-19, potresi, ratovi ili prirodne katastrofe, stvaraju neviđene izazove za zdravstvene sustave. Upravljanje ljudskim resursima u ovim okolnostima postaje ključno za očuvanje sigurnosti zaposlenika, osiguravanje pružanja kvalitetne zdravstvene skrbi te održavanje funkcionalnosti sustava. Upravljanje ljudskim resursima tijekom kriza zahtijeva proaktivno planiranje i implementaciju fleksibilnih strategija. Organizacije se suočavaju s potrebom prilagodbe radnih uvjeta, rasporeda te optimizacije resursa kako bi se efikasno odgovorilo na povećane zahtjeve. Edukacija zdravstvenog osoblja o novim protokolima i postupcima postaje prioritet, a pružanje psihološke podrške ključno je za očuvanje mentalnog zdravlja zaposlenika suočenih s izazovima kriznih situacija. U kriznim situacijama transparentnost komunikacije postaje vitalna. Redovito informiranje zaposlenika o promjenama, planovima i resursima pomaže održavanju povjerenja i suradnje. Upravljanje rizicima, uključujući zaštitu zaposlenika i pacijenata, zahtijeva brze i prilagodljive odluke. Implementacija protokola zaštite od infekcija, osiguravanje potrebne osobne zaštitne opreme te praćenje zdravlja zaposlenika postaju ključni elementi strategije upravljanja ljudskim resursima. Učenje iz kriznih situacija postaje ključno za unapređenje budućeg upravljanja ljudskim resursima. Analiza učinkovitosti implementiranih strategija, prilagodbe politika i kontinuirano poboljšanje postaju neophodni koraci kako bi organizacije postale otpornije na buduće izazove. U konačnici, upravljanje ljudskim resursima u kriznim situacijama u zdravstvu zahtijeva cjelovit pristup, uključujući proaktivno planiranje, transparentnu komunikaciju, brze reakcije na promjene te kontinuirano učenje kako bi se osigurala stabilnost, učinkovitost i dobrobit zaposlenika.

Ključne riječi: upravljanje, ljudski resursi, zdravstvo, učinkovitost

Summary

Human resource management in healthcare during crises poses challenges for organizations that require agile, adaptable, and innovative strategies. Crisis situations, such as pandemics like COVID-19, earthquakes, wars, or natural disasters, create unprecedented challenges for healthcare systems. Human resource management in these circumstances becomes crucial for preserving employee safety, ensuring the provision of quality healthcare, and maintaining the functionality of the system. Human resource management during crises demands proactive planning and the implementation of flexible strategies. Organizations face the need to adapt working conditions, schedules, and resource optimization to effectively respond to increased demands. Education of healthcare staff on new protocols and procedures becomes a priority, and providing psychological support is essential for maintaining the mental health of employees facing the challenges of crisis situations.

In crises, communication transparency becomes vital. Regularly informing employees about changes, plans, and resources aids in maintaining trust and collaboration. Risk management, including the protection of employees and patients, requires quick and adaptable decision-making. Implementation of infection protection protocols, ensuring the availability of personal protective equipment, and monitoring the health of employees become key elements of human resource management strategy.

Learning from crisis situations becomes crucial for improving future human resource management. Analyzing the effectiveness of implemented strategies, adapting policies, and continuous improvement are essential steps for organizations to become more resilient to future challenges. In conclusion, human resource management in healthcare during crises requires a comprehensive approach, including proactive planning, transparent communication, quick responses to changes, and continuous learning to ensure stability, efficiency, and employee well-being.

Keywords: management, human resources, healthcare, efficiency

Popis korištenih kratica

AFRO	Regionalni ured SZO za Afriku
CCS	Strategije kriznog komuniciranja, prema engl. Crisis communication strategies
ICCM	Model interaktivnog kriznog komuniciranja prema engl. Model of interactive crisis communication
JIL	jedinica intenzivnog liječenja
LJR	ljudski resursi
MERS	respiratorni sindrom Bliskog istoka, prema engl. Middle east respiratory syndrome
OSHA	Uprava za sigurnost i zdravlje na radu, prema engl. Administration for safety and health at work
OZO	osobna zaštitna oprema
PAHO	Panamerička zdravstvena organizacija, prema engl. Pan american health organization
SARS CoV2	akutni respiratorni sindroma koronavirusa 2
SARS	akutni respiratorni sindrom
SCCT	teorija situacijske krizne komunikacije, prema engl. Theory of situational crisis communication
SMDR	model socijalno posredovane otpornosti na katastrofe, prema engl. A model of socially mediated disaster resilience
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
UGT	teorija korištenja i zadovoljstva, prema engl. Theory of uses and gratifications
ULJR	upravljanje ljudskim resursima
ZD	zdravstveni djelatnik

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Upravljanje ljudskim resursima u kriznim situacijama u zdravstvu.....	4
2.1.	Upravljanje ljudskim resursima tijekom pandemije COVID-19	5
2.2.	COVID-19 i strateško upravljanje ljudskim resursima	5
2.2.1.	Radni uvjeti	6
2.2.2.	Ljudski resursi u zdravstvu i nedostatak medicinskih sestara i tehničara	8
2.2.3.	Pandemija COVID-19 i upisi u srednje medicinske škole.....	10
2.3.	Krizne situacije u zdravstvu	12
2.4.	COVID-19 i ljudski resursi.....	13
2.4.1.	Provedba plana odgovora na pandemiju	15
2.4.2.	Zaštita zdravstvenih djelatnika	16
2.5.	Izazovi zdravstvenih resursa tijekom pandemije COVID-19	18
2.5.1.	Nedovoljno znanje zaposlenika o virusu COVID-19	21
2.5.2.	Psihološki poremećaji među zdravstvenim djelatnicima	22
2.5.3.	Smanjenje samopouzdanja i samopoštovanja kod osoblja	22
2.5.4.	Smanjena razina zadovoljstva poslom, poticaja i moralnog osjećaja 23	
2.5.5.	Propadanje socijalnog i obiteljskog života zdravstvenih djelatnika tijekom COVID-19 pandemije.....	24
2.5.6.	Komunikacija i koordinacija u upravljanju u kriznim situacijama 26	
2.5.7.	Uloga liderstva u motivaciji i vođenju zdravstvenog osoblja tijekom kriznih situacija	28
3.	Upravljanje ljudskim resursima za vrijeme pandemije COVID-19 u Hrvatskoj i svijetu.....	32
3.1.	Usporedba odgovora zdravstvenog sustava na COVID-19 u Bugarskoj, Hrvatskoj i Rumunjskoj	33
3.2.	Mehanizmi upravljanja povezani s odgovorom zdravstvenog sustava na pandemiju COVID-19	35
3.3.	Osiguravanje sredstava za kvalitetnu provedbu zdravstvene skrbi....	39

3.3.1. Pružanje zdravstvenih usluga	41
3.4. Zajednički izazovi za vrijeme pandemije COVID-19.....	42
3.5. Utjecaj medija na percepciju javnosti o organizaciji i upravljanju za vrijeme kriznih situacija.....	43
3.5.1. Teorija situacijske krizne komunikacije	44
3.5.2. Interaktivni model krizne komunikacije	45
3.5.3. Model otpornosti na katastrofe i uloga društvenih medija	46
3.5.4. Moć medija u kriznim situacijama	47
3.5.5. Utjecaj medija na sestrinsku profesiju za vrijeme pandemije COVID-19	48
4. Zaključak	50
5. Literatura.....	51

1. Uvod

Zdravstvene organizacije jedne su od najsloženijih i najdinamičnijih organizacija u društvu [1]. Stoga, kako bi se postigla organizacijska izvrsnost i učinkovitost, pozornost treba posvetiti različitim i opsežnim aspektima upravljanja kao što su organizacijski, procesni, financijski i ljudski resursi, informacijska tehnologija, objekti i alati, okruženje i ishodi [2]. Jedno od pitanja koje je privuklo pozornost zdravstvenih menadžera je upravljanje ljudskim resursima (ULJR) zbog nedostatka radne snage.

Ljudski resursi (LJR) smatraju se važnim čimbenikom razvoja i uspjeha organizacija u konkurentnom i dinamičnom svijetu [3]. Upravljanje ljudskim resursima odnosi se na upravljanje ljudima s ciljem poboljšanja učinka i produktivnosti organizacije povezivanjem ljudskih resursa s organizacijskim ciljevima [4]. Glavne dužnosti menadžera ljudskih resursa uključuju kadroviranje i određivanje plaća, poboljšanje znanja zaposlenika, očuvanje zdravlja zaposlenika, promjenu menadžmenta, usvajanje tehnologije, procjenu učinka i planiranje [5]. Organizacije trebaju identificirati rizike i neizvjesnosti u organizaciji kako bi učinkovito upravljale i smanjile profesionalne rizike, motivirale i zadržale zaposlenike i povećale produktivnost.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) naglašava razvoj mjera za rješavanje nadolazećih izazova globalne zdravstvene pokrivenosti pod naslovom "*Globalna strategija ljudskih resursa za zdravlje: Radna snaga 2030*" [6,7]. U Sjedinjenim Američkim Državama Uprava za sigurnost i zdravlje na radu (OSHA) zahtijeva od poslodavaca da svojim zaposlenicima osiguraju sigurno i zdravo radno mjesto [8]. Kreatori politika naglašavaju jake politike i strategije ULJR-a kao i učinkovito vodstvo u različitim situacijama [9]. Učinkovito ULJR, unatoč kulturnim, pravnim, političkim i ekonomskim razlikama, veliki je izazov za menadžere zdravstvenih organizacija. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenim organizacijama vrlo je komplicirano jer je ponašanje osoblja povezano s učinkovitom i djelotvornom izvedbom skrbi, zadovoljstvom pacijenata, sigurnošću pacijenata i smanjenjem troškova [10].

Od 2003. do 2014. godine u svijetu se dogodilo nekoliko virusnih epidemija uključujući akutni respiratorni sindrom (SARS), gripu (uzrokovanu virusom H1N1),

respiratorni sindrom Bliskog istoka (MERS) i virus ebole [11]. SZO naziva virusne bolesti ozbiljnom prijetnjom javnom zdravlju. Novi virus, koji je kasnije nazvan COVID-19, identificiran je početkom prosinca 2019. godine u Wuhanu u Kini. Stopa prijenosa virusa COVID-19 bila je takva da je SZO proglasio međunarodnu hitnu situaciju; toliko se brzo proširio da je u 16 dana (od 9. do 25. veljače 2020. godine) diljem svijeta identificirano 81.109 laboratorijski potvrđenih i registriranih slučajeva COVID-19 [12].

Koronavirus (COVID-19) je stvorio značajne izazove za izvedbu i održivost zdravstvenih organizacija, pa se menadžeri organizacija moraju svjesno prilagoditi nepredviđenim događajima kako bi pronašli strategije za suočavanje s mogućim izazovima [13]. Prema statistikama SZO-a, zdravstveni djelatnici imaju tri puta veću vjerojatnost da će biti zaraženi virusom SARS-CoV-2 u usporedbi s općom populacijom. Oni također čine 8 % svih slučajeva zaraženih koronavirusom u svijetu. Ovo je pitanje takvo da se ljudi koji su na prvoj liniji borbe protiv epidemije nazivaju "drugim žrtvama". Liječnici i medicinske sestre prednjače u borbi protiv koronavirusa, zbog čega su izloženi povećanom riziku od anksioznosti i stresnih poremećaja, izgaranja i samoubojstava iz razloga kao što su nepripremljenost, nedostatak obrazovanja, prezaposlenost, nedostatak osoblja, smrt pacijenata bez podrška voljenih osoba, paradoksalna lojalnost poslu, kao i obvezama prema obitelji i zajednici te pružanje usluga uz nedostatne resurse [14]. Kratkoročni i dugoročni učinci pandemije COVID-19 na zdravstvene djelatnike uključuju izostanak s posla, migraciju, rano umirovljenje i izgaranje na poslu [10].

Upravitelji bolnica, vlade i kreatori politika moraju težiti zaštiti zdravstvenih djelatnika od fizičkog umora i psihičkih problema. Zajednice trebaju medicinsko osoblje koje će se učinkovito nositi s epidemijama, stoga bi njihova zaštita, smanjenje iscrpljenosti na poslu, povećanje otpornosti i održavanje njihovog zdravlja i dobrobiti trebali biti prioritet. Tijekom epidemija, stvaranje osjećaja sigurnosti kod zdravstvenih djelatnika i njihovih obitelji poboljšat će kvalitetu skrbi za pacijente i produktivnost zdravstvenih organizacija [14]. Zdravstvene intervencije organizacije, osim što pozitivno utječu na tjelesno i mentalno zdravlje, stavove, ponašanje, dobrobit, znanje i učinak zaposlenika, ukazuju na to da organizacija brine o svojim ljudskim resursima, a to povećava zadovoljstvo osoblja [15]. Također je očito da provedba strategija ULJR-

a smanjuje stopu smrtnosti među zdravstvenim radnicima, što zauzvrat poboljšava ishode pacijenata.

Menadžeri ljudskih resursa u zdravstvenim organizacijama trebali bi razviti i usvojiti ciljane strategije za rješavanje zbunjenosti, brige i zabrinutosti zdravstvenih djelatnika. Sve bi zemlje trebale primijeniti slogan "Ulaži, zaštiti, zajedno" kako bi zaštitile svoju zdravstvenu radnu snagu [14]. Većina studija provedenih o strategijama ULJR-a medicinskog osoblja bile su kvalitativne [13] i samo je nekoliko preglednih studija provedeno o ovom pitanju, što ograničava informacije objavljene u ovom području. Stoga je glavni cilj ovog diplomskog rada istražiti strategije ULJR-a koje su implementirane ili predložene za medicinsko osoblje tijekom pandemije COVID-19 u svrhu poboljšanja učinkovitosti zdravstvenih organizacija u suočavanju s novim i potencijalno opasnim sojevima COVID-19 ili drugih virusnih bolesti u budućnosti. Očito je da će korištenje kratkoročnih i dugoročnih strategija za povećanje produktivnosti, blagostanja, inovacija, smanjenje izgaranja na poslu, povećanje otpornosti i očuvanje zdravlja zaposlenika stvoriti motivaciju i dovesti do učinkovite skrbi te povećati zadovoljstvo pacijenata.

2. Upravljanje ljudskim resursima u kriznim situacijama u zdravstvu

COVID-19 je zdravstvena kriza bez presedana koja je snažno potresla cijeli svijet gurnuvši ga u veliki strah i neizvjesnost. To je snažno utjecalo na gospodarstvo, društvo, zaposlenike i organizacije. Ova je kriza prvo započela u gradu Wuhanu (Kina), koji je u prosincu 2019. godine svjedočio izbijanju teškog akutnog respiratornog sindroma koronavirusa 2 (SARS-CoV-2) koji se brzo proširio, što je dovelo do globalne pandemije 11. ožujka 2020. godine [16]. S obzirom na brzo širenje virusa COVID-19, te su zemlje provele nekoliko nefarmaceutskih mjera namijenjenih smanjenju širenja bolesti, poput socijalnog distanciranja. Nametnute su mjere zaključavanja; ljudi su bili u karanteni dok su škole, sveučilišta, tvrtke i nevladine organizacije privremeno zatvorene. Putovanja su bila ograničena, letovi su otkazani, a masovna javna okupljanja, kao i društveni događaji bili su zabranjeni [17]. Zajedno s ovim mjerama, izbijanje COVID-19 pandemije dovelo je do značajnog usporavanja svjetskih gospodarskih aktivnosti, što je dovelo do godišnjih odmora i otpuštanja, te u konačnici dovodi do povećane stope nezaposlenosti u mnogim zemljama. Trenutni ukupni broj nezaposlenih uvelike varira, od 30 milijuna u Sjedinjenim Američkim Državama do 1,76 milijuna u Japanu [18]. COVID-19 je stvorio situaciju u kojoj u kratkom razdoblju 50 % ili više radne snage možda neće moći raditi. Pokušavajući se oporaviti od ovog ekonomskog šoka, usred ove stalne pandemije za koju se nije moglo predvidjeti kada će završiti, tvrtke su se počele ponovno otvarati, ali pod izvanrednim pravilima i s novim načinom funkcioniranja (npr. fizičko distanciranje na radnom mjestu). Stoga je ova pandemija očito dovela do pojave složenog i izazovnog okruženja za menadžere i praktičare upravljanja ljudskim resursima (ULJR-a) koji su morali pronaći nova rješenja kako bi održali poslovanje svoje tvrtke i pomogli svojim zaposlenicima da se nose s izazovima ove dosad neviđene situacije. U tom kontekstu postoji vrlo malo studija o utjecaju COVID-19 na ULJR, njegovim izazovima i potencijalnim prilikama za ULJR u organizacijama, dok menadžeri i stručnjaci za ULJR trebaju relevantne informacije koje će im pomoći da učinkovito prođu kroz ovu krizu, kako bi mogli podržati svoje zaposlenike i održati poslovanje svoje tvrtke. Zapravo, organizacije općenito nisu dovoljno pripremljene za suočavanje s krizama

kada do njih dođe. Zato se naglašava važnost podrške organizacijama i znanstvenoj zajednici pružanjem relevantnih informacija vezanih uz ovu novu pandemiju [18].

2.1. Upravljanje ljudskim resursima tijekom pandemije COVID-19

Upravljanje ljudskim resursima važno je pri zapošljavanju, upravljanju i razvijanju organizacija. Na ULJR uvelike je utjecao COVID-19, stvarajući značajne izazove za menadžere i praktičare ULJR-a. Ovaj utjecaj i ovi izazovi istražuju se u ovom odjeljku, i to u odnosu na strateško ULJR i radne uvjete, kao i funkcije ULJR-a na zapošljavanje osoblja, upravljanje učinkom, edukaciju i razvoj, upravljanje naknadama, upravljanje sigurnošću i zdravljem te odnose sa zaposlenicima. O svakoj funkciji upravljanja ljudskim resursima raspravlja se zasebno, ali one su međusobno povezane. To sugerira da će svaka promjena u jednoj funkciji ULJR-a utjecati na drugu funkciju [19].

2.2. COVID-19 i strateško upravljanje ljudskim resursima

Strateško ULJR odnosi se na vertikalnu vezu između funkcija ULJR-a i organizacijske strategije kao i na horizontalnu dosljednost između funkcija ULJR-a. Njegova glavna svrha je učinkovito korištenje ljudskih resursa za služenje strateškim potrebama organizacije [20]. Kako bi se osiguralo postizanje organizacijskih ciljeva u vrijeme krize, potrebna je strateška agilnost. Organizacije moraju biti u stanju pripremiti i rasporediti svoje resurse; koordinirati potrebni mehanizam te pravilno koristiti organizacijske resurse i znanje. U tom kontekstu, novost i složenost pandemije COVID-19 predstavljaju značajan izazov koji bi mogao ugroziti postizanje organizacijskih ciljeva. Standardni ekonomski modeli u organizacijama uglavnom su osposobljeni za korištenje podataka iz perspektive „normalnih vremena“. Stoga je izazovno davati predviđanja vezana uz izvanredne situacije. To bi moglo sugerirati da bi predviđanja u vezi s poslovanjem tvrtke, npr. priprema i raspodjela resursa, mogla biti složena vježba. Zapravo, COVID-19 je stvorio neizvjesnost. Neki autori idu toliko daleko da predviđaju endemiju COVID-19 [21]. Stoga izvođenje strateškog planiranja

ili provedba početnog planiranja može biti izazov za menadžere i praktičare ULJR-a. Većina organizacija nije bila u mogućnosti pružiti svojim zaposlenicima dovoljno informacija o svom planu upravljanja ili njihovim namjeranim reakcijama na pandemiju, dok postojanje jasnih smjernica na radnom mjestu tijekom teških vremena pomaže zaposlenicima smanjiti stres i povećati njihovu motivaciju i samopouzdanje. Pristup informacijama i ažuriranje vezano uz pandemiju značajno je povezano sa zadržavanjem zaposlenika [22]. No to bi moglo biti teško postići ako organizacije ne budu u mogućnosti dobiti te informacije, osobito kada su u reaktivnom načinu rada i načinu preživljavanja, zbog novosti ove pandemije. Iako izazovno, jačanje organizacijske otpornosti ključno je za osiguranje održivosti organizacije u eri pandemije COVID-19. Unatoč neizvjesnosti koju stvara ova pandemija, organizacije moraju razviti domišljate prakse koje mogu pomoći u apsorpciji i suočavanju s poremećajima koji prijete njihovom opstanku.

2.2.1. Radni uvjeti

Uvjeti rada predstavljaju „srž plaćenog rada i radnih odnosa” [23]. Oni pokrivaju širok raspon tema i pitanja, od radnog vremena (sati rada, razdoblja odmora i rasporedi rada) do naknade, kao i fizičkih uvjeta i mentalnih zahtjeva koji postoje na radnom mjestu. Kriza izazvana pandemijom COVID-19 drastično je promijenila uvjete rada u organizacijama. Doista, kako bi osigurale svoj kontinuitet poslovanja, većina organizacija prelazila je na rad na daljinu, zahtijevajući od svojih zaposlenika da rade od kuće [24]. Primjerice, Google je najavio da će njegovi zaposlenici nastaviti raditi na daljinu barem do ljeta 2021. godine, dok su zaposlenici Twittera dobili priliku raditi na daljinu na neodređeno vrijeme [24]. Unatoč tome, kategorija zaposlenika koji rade od kuće predstavlja mali dio ukupne radne snage, uglavnom zato što rad na daljinu nije prikladan za proizvodne industrije i ne može se primijeniti na sva radna mjesta. U tom kontekstu postojala su dva moguća scenarija za ustanove kojima priroda poslovanja ne dopušta pridržavanje ovakvih uvjeta rada.

Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenom sektoru tijekom pandemije COVID-19 zahtijevalo je posebne napore i prilagodbe. Zdravstvene ustanove bile su suočene s izazovima očuvanja zdravlja svojih zaposlenika, upravljanja povećanim opterećenjem,

pružanja potrebne podrške i održavanja operativne sposobnosti. U nastavku su navedeni neki od ključnih aspekata upravljanja ljudskim resursima i radnih uvjeta zaposlenika u zdravstvu tijekom pandemije [25].

- **Zaštita zdravlja zaposlenika:** podrazumijeva osiguranje dovoljne opskrbe osobnom zaštitnom opremom (OZO) za sve zdravstvene djelatnike te razvoj i primjenu protokola zaštite od infekcija uz redovito obnavljanje edukacija o pravilnom postupanju.
- **Povećane radne obveze:** obuhvaćaju upravljanje povećanim opterećenjem i pružanje podrške zdravstvenim radnicima koji su se suočavali s produženim radnim satima i emocionalnim stresom te praćenje radne snage i prilagodbu rasporeda kako bi se osigurala ravnoteža između odmora i radnog vremena.
- **Rad na daljinu i fleksibilnost:** gdje god je to moguće treba osigurati radne uvjete za rad na daljinu, posebno za administrativno osoblje i zaposlenike koji ne rade izravno s pacijentima, što podrazumijeva i fleksibilnost u rasporedu rada kako bi se zaposlenicima omogućilo prilagođavanje promijenjenim uvjetima.
- **Psihološka podrška:** podrazumijeva pružanje psihološke podrške zaposlenicima suočenima s visokim emocionalnim stresom, traumom i gubitcima. Treba organizirati radionice, savjetovanja i resurse za očuvanje mentalnog zdravlja.
- **Obuka i priprema:** odnosno intenzivna edukacija za zdravstvene djelatnike kako bi se osigurala pravilna primjena protokola, postupci hitnih situacija i upravljanje novim tehnikama i tehnologijama.
- **Suradnja i timski rad:** obuhvaćaju poticanje suradnje među različitim timovima unutar zdravstvene ustanove radi poboljšanja koordinacije i učinkovitosti. Razvijanje komunikacijskih kanala omogućuje brzo dijeljenje informacija među zdravstvenim radnicima.
- **Planiranje i prilagodba:** tj. razvoj i redovito ažuriranje planova kontinuiteta poslovanja i planova zaštite zdravlja kako bi se osigurala spremnost za buduće

izazove. Trebalo bi prilagoditi strategije ULJR-a kako bi se uzela u obzir dinamika i specifičnosti zdravstvenog sektora.

- **Usklađenost sa smjernicama i propisima:** važno je praćenje smjernica i propisa vezanih uz radne uvjete i sigurnost u zdravstvenom sektoru te osiguravanje usklađenosti s njima.

Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenom sektoru tijekom pandemije zahtijevalo je fleksibilnost, brzu prilagodbu i snažan fokus na zaštitu zdravlja zaposlenika kako bi se osiguralo pružanje kvalitetne skrbi pacijentima.

2.2.2. Ljudski resursi u zdravstvu i nedostatak medicinskih sestara i tehničara

Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu predstavlja ključnu komponentu za pružanje kvalitetne zdravstvene skrbi, posebno u svjetlu izazova koje donosi pandemija COVID-19. Upravljanje ljudskim resursima, strateška pristupačnost, regrutiranje, edukacija, podrška zaposlenicima i prilagodba radnih uvjeta ključni su elementi koji oblikuju ovu dinamičnu domenu [26]. Zaštita zdravlja zaposlenika prioritet je u sektoru zdravstva, posebno tijekom pandemije. Osiguravanje dovoljne opskrbe osobnom zaštitnom opremom (OZO) i razvoj protokola zaštite od infekcija su ključni koraci u očuvanju zdravlja zaposlenika [27]. Povećane radne obveze, produženi radni sati i emocionalni stres postaju sveprisutni, stoga je pravilno upravljanje radnim rasporedima i pružanje podrške esencijalno.

Rad na daljinu postao je neizbježan u administrativnim segmentima zdravstvenih ustanova. Upravljanje ovim prijelazom zahtijeva fleksibilnost u politikama rada i osiguranje da zaposlenici imaju potrebne resurse za učinkovito obavljanje svojih zadataka. Paralelno s time, neprekidna edukacija zdravstvenih djelatnika postala je nužnost kako bi se osigurala pravilna primjena protokola i upoznavanje s najnovijim tehnikama i tehnologijama. Psihološka podrška ima ključnu ulogu u očuvanju mentalnog zdravlja zaposlenika. Zdravstveni djelatnici suočeni su s traumatskim iskustvima, gubitcima pacijenata i osobnim rizicima, stoga organizacija radionica, pristup savjetovanju i implementacija resursa za emocionalnu stabilnost postaju

imperativ [26]. Timski rad i suradnja među različitim odjelima postaju ključni za učinkovitost u pružanju skrbi te se promiče zajednički pristup rješavanju izazova.

Planiranje za budućnost u zdravstvu uključuje ne samo reakciju na trenutačne izazove, već i razvoj dugoročnih strategija. Upravljanje ljudskim resursima mora biti usmjereno na stvaranje otpornih i prilagodljivih timova, uz kontinuirano praćenje smjernica i propisa kako bi se osigurala usklađenost s normama sigurnosti i rada. S druge strane, prilagodba politika zapošljavanja i fleksibilnost radnog vremena postaju ključni elementi u očuvanju radne snage i motivaciji zaposlenika. Kontinuirana komunikacija i transparentnost u vezi s odlukama i promjenama doprinose održavanju povjerenja između uprave i zaposlenika [28]. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu u doba pandemije COVID-19 zahtijeva holistički pristup. Fokus na zaštiti zdravlja zaposlenika, podršci emocionalnom blagostanju, prilagodbi radnih uvjeta i strategijskom planiranju ključni su za očuvanje integriteta zdravstvenog sustava. Ovaj izazovan kontekst iziskuje inovativnost i brzu prilagodbu kako bi se osigurala održivost i učinkovitost zdravstvenih organizacija.

Nedostatak medicinskih sestara i tehničara predstavlja dugogodišnji izazov u hrvatskom zdravstvenom sustavu, a pandemija COVID-19 dodatno je naglasila ovu problematiku. Prije pandemije Hrvatska se već suočavala s nedostatkom kvalificiranog medicinskog osoblja, što je rezultiralo preopterećenim radnim uvjetima, smanjenom kvalitetom skrbi i povećanim stresom za zdravstvene djelatnike [29]. Različiti čimbenici pridonijeli su nedostatku medicinskih sestara i tehničara prije pandemije, uključujući odlazak stručnjaka u inozemstvo zbog boljih radnih uvjeta i većih financijskih poticaja. Također, nedostatak adekvatnih programa za dodatnu edukaciju i usklađenost s europskim standardima pridonijeli su problemu. Pandemija COVID-19 dodatno je opteretila zdravstveni sustav, izlažući ga većem pritisku i otkrivajući ranjivosti uzrokovane nedostatkom medicinskih sestara i tehničara. Povećana potreba za intenzivnom njegom, stalnim praćenjem pacijenata i implementacijom protokola zaštite od infekcija dodatno je opteretila rad medicinskih sestara. Pritom su izložene većem riziku od zaraze, što dodatno otežava njihovu situaciju [26]. Nedostatak medicinskih sestara i tehničara za vrijeme pandemije manifestirao se kroz produžene radne sate, preopterećenost, fizički i emocionalni stres te smanjenje kvalitete skrbi. Mnoge medicinske sestre i tehničari suočili su se s iscrpljujućim uvjetima rada,

rizicima od zaraze te nedostatkom adekvatne zaštite i podrške. Za rješavanje ovog problema nužno je usmjeriti napore u više smjerova. Povećanje kapaciteta za edukaciju medicinskih sestara i tehničara, kako bi se zadovoljila rastuća potreba, ključan je korak. Uvođenje poticaja i poboljšanja radnih uvjeta može zadržati kvalificirano medicinsko osoblje u zemlji, smanjujući odlazak profesionalaca u inozemstvo.

Sustavna promjena u upravljanju ljudskim resursima u zdravstvu također je nužna. To uključuje prilagodbu politika zapošljavanja, fleksibilnost radnih uvjeta, povećanje plaća te pružanje dodatnih beneficija i podrške za medicinske sestre i tehničare. Transparentnost u komunikaciji između uprave i medicinskog osoblja te redovito praćenje njihovih potreba ključni su elementi uspješnog upravljanja u ovom kontekstu [29]. Ujedno, važno je sagledati dugoročne učinke pandemije na rad medicinskih sestara i tehničara te razvijati strategije oporavka koje će pridonijeti poboljšanju njihovog radnog okruženja. To uključuje pružanje psihološke podrške, edukaciju o upravljanju stresom te stvaranje održivih modela rada. U konačnici, suočavanje s nedostatkom medicinskih sestara u Hrvatskoj zahtijeva holistički pristup koji uključuje mjere za kratkoročno ublažavanje trenutnih izazova, ali i dugoročno restrukturiranje sustava kako bi se stvorilo održivo radno okruženje i osigurala adekvatna briga za pacijente.

2.2.3. Pandemija COVID-19 i upisi u srednje medicinske škole

Interes za upis u srednje škole za medicinske sestre i tehničare predstavlja ključni pokazatelj promjena i tendencija u zdravstvenom obrazovanju. Razumijevanje čimbenika koji utječu na ovaj interes ima veliku važnost za oblikovanje obrazovnih politika, zadovoljenje potreba zdravstvenog sustava i osiguravanje stručnog kadra u području medicinskih znanosti [31]. Prvi faktor koji doprinosi interesu za upis u škole za medicinske sestre i tehničare je svijest o važnosti zdravstvenih profesija. Promocija zdravstvenog sektora kao atraktivnog područja rada, s fokusom na humanitarnosti, pružanje skrbi pacijentima i doprinos zajednici, može značajno potaknuti interes među mladima. Zadovoljavajući i motivirajući uvjeti rada također su ključni za privlačenje studenata. Osiguravanje stimulativnih radnih uvjeta, primjerice, mogućnosti

napredovanja, raznolikosti poslova i kompetitivnih plaća, često su presudni čimbenici za odabir ove profesije.

Pandemija COVID-19 imala je značajan utjecaj na interes za upis u škole za medicinske sestre i tehničare. Zdravstvena kriza istaknula je važnost medicinskog osoblja i potrebu za stručnjacima koji mogu odgovoriti na izazove javnog zdravlja. Iskazano poštovanje prema zdravstvenim radnicima, kao i jasna potreba za povećanjem kapaciteta zdravstvenog sustava, mogli bi potaknuti rast interesa za medicinske škole [32]. Obrazovni sustav i pristup obrazovanju također imaju ključnu ulogu u formiranju interesa za medicinske profesije. Pružanje kvalitetnog i pristupačnog obrazovanja, s jasnim stazama napredovanja, može potaknuti mlade ljude da odaberu put medicinske struke. Potrebno je naglasiti važnost mentorskih programa i informiranja o karijernim mogućnostima u medicinskim profesijama. Direktni kontakt s mentorima i praktično iskustvo putem stažiranja ili volontiranja mogu značajno utjecati na odluku studenata o odabiru karijere u medicinskom sektoru. Veći izbor medicinskih programa također može privući više učenika/studenata. Osiguravanje programa prilagođenih različitim interesima, poput sestrinstva, medicinske radiologije, anesteziologije i sličnih, može zadovoljiti različite karijerne ambicije.

Važnost tehnološkog razvoja i inovacija u medicinskom sektoru ne može se zanemariti. Mladi ljudi često pokazuju interes za tehnologiju, pa se integracija naprednih tehnologija u medicinske programe može pokazati privlačnom. Pristup suvremenoj tehnologiji u obrazovanju može također pripremiti studente za dinamično radno okruženje u zdravstvenom sektoru [31]. Interes za upis u škole za medicinske sestre i tehničare duboko je povezan s nizom faktora. Edukativne, profesionalne, ekonomske i socijalne komponente igraju ključne uloge u formiranju odluka studenata. Razumijevanje ovih faktora ključno je za stvaranje privlačnog okruženja koje će potaknuti mlade ljude da odaberu karijeru u medicinskom sektoru. Kontinuirano praćenje i prilagodba obrazovnih politika, zajedno s promicanjem važnosti medicinskih profesija, ključni su za održavanje interesa i osiguravanje kvalitetnog zdravstvenog kadra u budućnosti.

2.3. Krizne situacije u zdravstvu

Krizne situacije u zdravstvu, kao što su pandemije, potresi i ratovi, predstavljaju kompleksne izazove s ozbiljnim posljedicama na sustav zdravstvene skrbi, pacijente i zdravstveno osoblje. Ove krizne situacije donose hitne potrebe za prilagodbom, resursima, organizacijom i inovacijama kako bi se osiguralo djelotvorno upravljanje i pružanje kvalitetne skrbi [33].

Pandemije: pandemije poput COVID-19 ističu nužnost globalne suradnje i brze reakcije u zdravstvenom sektoru. Ove situacije donose povećanu potražnju za zdravstvenim uslugama, osobito intenzivnom njegom i respiratornim podrškama. Također, suočavaju zdravstvene radnike s rizikom od infekcije, emocionalnim stresom i preopterećenjem. Upravljanje resursima, uključujući opskrbu medicinskom opremom, lijekovima i osobljem, postaje ključno kako bi se osigurala sigurnost pacijenata i zdravstvenih djelatnika [32].

Potresi: potresi mogu izazvati ozbiljne ozljede i hitne medicinske potrebe, dodatno opterećujući već ionako napetu zdravstvenu infrastrukturu. Hitna medicinska pomoć, organizacija terenskih bolnica i distribucija medicinskih resursa postaju prioriteti. Koordinacija između zdravstvenih agencija, hitnih službi i organizacija za pomoć ključna je za učinkovito suočavanje s potresom i umanjivanje šteta.

Ratovi: ratna stanja ugrožavaju zdravlje populacije na više razina. Ratovi izazivaju ozbiljne ozljede, mentalne traume i povećavaju rizik od zaraznih bolesti zbog narušene infrastrukture. Zdravstveni sustavi u ratnim područjima suočavaju se s ozbiljnim ograničenjima u pristupu resursima, osoblju i medicinskoj opremi. Osim toga, zdravstveno se osoblje suočava s etičkim dilemama, radom pod stalnim stresom i pružanjem skrbi u teškim uvjetima [33].

Zajednički izazovi: u svim kriznim situacijama, zajednički izazovi uključuju potrebu za brzim donošenjem odluka, fleksibilnošću u prilagodbi na promjenjive uvjete, jačanjem komunikacijskih mreža i podrškom zdravstvenom osoblju. Psihološka podrška postaje neophodna kako bi se suočilo s emocionalnim teretom, traumatizacijom i izgaranjem na poslu.

Znanje i inovacije: iz kriznih situacija proizlaze i važne lekcije i inovacije. Pandemija COVID-19 potaknula je istraživanje novih terapija, ubrzala razvoj cjepiva i promovirala udaljene metode pružanja zdravstvene skrbi. Potresi su potaknuli inovacije u brzom i mobilnoj dijagnostici, dok su ratna stanja potaknula razvoj strategija za pružanje skrbi u ratnim uvjetima [33].

Krizne situacije u zdravstvu predstavljaju složene izazove koji zahtijevaju koordinirane napore na lokalnoj, nacionalnoj i međunarodnoj razini. Važno je ulagati u pripremu i preventivne mjere kako bi se ublažile posljedice ovih kriznih događaja. Zdravstveni sustav mora biti prilagodljiv, otporan i sposoban za uvođenje inovacija kako bi se suočio s nepredvidivim situacijama, a podrška zdravstvenom osoblju mora biti prioritet u bilo kojoj kriznoj situaciji.

2.4. COVID-19 i ljudski resursi

Pandemija COVID-19 snažno je utjecala na zdravlje stanovništva i izvršila pritisak na cijeli zdravstveni sustav [30]. To je dovelo do prekida zdravstvenih usluga diljem svijeta, uglavnom zbog nedovoljne dostupnosti osoblja. COVID-19 izložio je zdravstvene djelatnike infekcijama, umoru, profesionalnom sagorijevanju, stresu, uznemiravanju te fizičkom i psihičkom nasilju. Uloženi su naponi za procjenu izravnog utjecaja pandemije na zdravstvene djelatnike (ZD). Međutim, globalne procjene infekcija i smrti od COVID-19 među ZD-a imaju tendenciju sugerirati da službeni mehanizmi izvješćivanja ne obuhvaćaju puni opseg ovog utjecaja [34].

Pandemija je naglasila probleme ZD-a kao što su nedostatak i loša distribucija, kao i neadekvatna plaćanja i pristojni uvjeti rada, npr. nedostatak stabilnosti ugovora. Ovo dodatno opterećenje zdravstvenog sustava produbilo je svu postojeću nedostupnost osoblja, utječući i na timski rad te na mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika. Osim toga, istaknulo je nedostatke u odnosu na podatke i informacijske sustave te je istaknulo važnost znanstvenih podataka u planiranju i pregledu odgovora na COVID-19 koji se odnose na pitanja ZD-a. Međutim, pandemija COVID-19 također je dovela do pronalaženja načina za brzo zapošljavanje, edukaciju i zaštitu zdravstvene radne

snage. To je navelo zemlje da koriste različite mehanizme za planiranje i odgovor na COVID-19 iz perspektive ZD-a [32].

Kako bi odgovorila na izazove vezane uz ZD-e u uvjetima pandemije COVID-19, Svjetska zdravstvena organizacija razvila je globalni pristup za bolju procjenu i mjerenje utjecaja COVID-19 na ZD-e. Time se dobio uvid u reakcije uprave i politike, kao i angažman u politici. Stoga je SZO razvila privremene smjernice o politici i upravljanju ZD-a u kontekstu odgovora na pandemiju COVID-19 kao i standardizirani okvir za mjerenje utjecaja [8]. Osim toga, poduzeti su živi sustavni pregledi s ciljem prikupljanja informacija i analitike o zdravstvenim djelatnicima u kontekstu pandemije COVID-19. Usporedno s ovim procesom, podaci o zdravstvenoj radnoj snazi vezani uz COVID-19 prikupljeni su iz otvorenih izvora kako bi se nadopunili pregledi. Sve prikupljene informacije o pandemiji COVID-19 i ZD-a rezultirale su rezolucijom Svjetske zdravstvene skupštine, odnosno Globalnim dogovorom o zdravstvenim djelatnicima, koji daje preporuke o tome kako zaštititi zdravstvene djelatnike, zaštititi njihova prava te promovirati i osigurati dostojanstven rad. Opći cilj bio je podržati politički dijalog i prilike za zagovaranje.

Ovaj dokument predstavlja nastojanje da se pridonese Međunarodnoj godini zdravstvenih djelatnika (2021. godine) i strateškim ciljevima Globalne strategije o ljudskim resursima u zdravstvu [10], s ciljem jačanja potpore zemljama dok osmišljavaju i provode strategije koje se bave zdravljem i problemima djelatnika tijekom pandemije COVID-19. Stoga je SZO zajedno s dva svoja regionalna ureda, Panameričkom zdravstvenom organizacijom (PAHO) i Regionalnim uredom SZO za Afriku (AFRO) podržala analize utjecaja COVID-19 na zdravstvene djelatnike i političke odgovore razvijanjem studija slučaja iz odabranih zemalja. Oni koriste standardiziranu metodologiju temeljenu na privremenim smjernicama SZO-e [7], standardiziranom okviru za mjerenje utjecaja i okviru zdravstvenog tržišta rada [10,11].

Stjecanje boljeg uvida u odgovor politike na COVID-19 ključno je za rješavanje izazova koji proizlaze iz pandemije COVID-19. Unatoč tome, dok zemlje pokušavaju to učiniti, i dalje postoji nedostatak sustavnog znanja o mehanizmima i politikama koje

su usvojile zemlje iz različitih zemljopisnih područja kao i o institucionalnom upravljanju za rješavanje izazova ZD-a.

2.4.1. Provedba plana odgovora na pandemiju

Zemlje koje su se suočile s pandemijom COVID-19 imaju problem s već postojećim nedostatkom ZD-a u ključnim skupinama zanimanja, prazninama u vještinama i kompetencijama i/ili subnacionalnim neravnotežama ZD-a. Identificirana su dva aspekta upravljanja ključna za spremnost i odgovor tijekom pandemije:

- usklađivanje ciljeva ZD-a među ministarstvima kako bi se definirala i proizvela regulativa i političke akcije
- dogovaranje strategije za upravljanje ZD-a između javnog i privatnog sektora, kao i središnjih i lokalnih vlasti.

Karipske zemlje koordinirale su ministarstva zdravstva i financija kako bi pronašle načine za zapošljavanje dodatnog zdravstvenog kadra [33]. Zemlje Latinske Amerike usvojile su koordinirani pristup između ministarstava zdravstva, obrazovanja, rada i financija za provedbu mehanizama usmjerenih na povećanje dostupnosti ZD-a, kao i njihovu zaštitu i edukaciju [34].

Koordinacija između središnjih i lokalnih vlasti bila je potrebna kako bi se dogovorile strategije na podnacionalnoj razini i razmijenile informacije. Na primjer, Bolivija, Čile, Kolumbija i Ekvador poticali su lokalne odnose kako bi implementirali koordinirane mehanizme za rješavanje deficita ZD-a [35].

Financiranje dodatnih troškova pri odgovoru na COVID-19 bio je izazov s kojim se suočila svaka zemlja. Usklađivanje ciljeva i koordinacija naknadnih mjera bili su ključni čimbenici za olakšavanje provedbe političkih aktivnosti i preusmjerenje i/ili raspodjelu financijskih sredstava. Belize, Čile, Kolumbija, Grenada, Jamajka i Peru uglavnom su koristili postojeće resurse iz proračuna države. Ekvador ih je nadopunio bespovratnim sredstvima i zajmovima multilateralnih organizacija. U Boliviji je glavni izvor financiranja bio zajam Svjetske banke koji je bio dostupan prije pandemije i prenamijenjen. Sve zemlje dodatno su dobile donacije od drugih zemalja i međunarodnih agencija poput PAHO-a, kao i PAHO tehničke suradnje. U trima

karipskim zemljama provedena je edukacija i osigurana logistika i financijska potpora PAHO-a [36].

Osam zemalja koristilo je različite mehanizme za koordinaciju djelovanja s privatnim sektorom. Na Karibima je privatni sektor uglavnom bio uključen kroz donacije za zaštitu i potporu ZD-a [34]. U Latinskoj Americi postojali su sporazumi između privatnog sektora i vlade o povećanju dostupnosti ZD-a (tj. sveučilišta), pružanju edukacije i zaštiti mentalnog zdravlja ZD-a. To je uključivalo doprinos i pomoć akademskih i istraživačkih subjekata, kao i profesionalnih organizacija (tj. odbora za licenciranje). Ekvador i Bolivija dobili su zajmove od multilateralne organizacije kako bi financirali svoj odgovor na COVID-19 [35].

2.4.2. Zaštita zdravstvenih djelatnika

Zakoni o izvanrednom zdravstvenom stanju ratificirani u zemljama omogućili su usvajanje integriranih, višedimenzionalnih mjera za smanjenje rizika od infekcije među ZD-a, čime se sprječavaju i ublažavaju poremećaji mentalnog zdravlja i omogućuje bolja edukacija. Ove mjere bile su popraćene posebnim ekonomskim poticajima u nekim zemljama u obliku podregije, kao što su dodatni ili redoviti bonusi, te višim razinama naknade. Većina zemalja provela je nefinancijske mjere, poput životnog osiguranja ili priznavanja COVID-19 kao profesionalne bolesti za ZD-e [36].

Čimbenici povezani sa zaštitom na radu također su ograničili ponudu zdravstvenih djelatnika. To je uključivalo nedostatak ili nepravilnu upotrebu osobne zaštitne opreme (OZO), nepridržavanje protokola za prevenciju i kontrolu infekcija (IPC), poremećaje mentalnog zdravlja i nedovoljnu edukaciju.

Zemlje su krenule prema trima ciljevima u procesu praćenja, pregleda i ažuriranja odgovora:

- jačanju odgovora kroz primarnu zdravstvenu zaštitu
- planiranju radne snage potrebne za provedbu plana cijepljenja
- osiguranju dugoročne dostupnosti zdravstvenih djelatnika.

Suočene s drugim valom, zemlje su ažurirale svoje planove odgovora na COVID-19, stavljajući veći naglasak na skrb za sumnjive, vjerojatne i potvrđene slučajeve kroz sustav primarne zdravstvene zaštite. Štoviše, izrada nacionalnog plana cijepljenja zahtijevala je reviziju timova ZD-a potrebnih za njegovu provedbu. Čile je imao potrebno zdravstveno osoblje jer je ono već bilo uključeno u nacionalni plan imunizacije te je primaljama i stomatolozima odobreno da daju cjepiva. Sve druge zemlje trebale su koristiti mehanizme koji bi osigurali dostatnu ponudu cjepiva preko volontera i umirovljenih medicinskih sestara.

Pandemija je pokazala važnost osiguravanja poboljšanih uvjeta rada u zdravstvenom sektoru. Čini se da je uspostavljanje ravnoteže između pristojnog rada i fleksibilnosti pri zapošljavanju i radnim uvjetima glavni izazov daljnjem korištenju primijenjenih mehanizama zapošljavanja. Neke zemlje pronalaze načine da apsorbiraju nove ZD-e na trajan način i/ili da poboljšaju stabilnost ugovora [37]. Na primjer, Ekvador je donio zakon prema kojem bi zdravstvenim djelatnicima uključenima u skrb o bolesti COVID-19 s kratkoročnim ugovorom bio osiguran redovni ugovor.

U nekim zemljama ZD-i su pokazivali neodlučnost prema cijepljenju protiv koronavirusa. Studija koju je proveo PAHO 2021. godine u 14 zemalja otkrila je da 23 % ispitanika, među kojima su uglavnom medicinske sestre (34 %) pokazuje određenu razinu oklijevanja u pogledu cjepiva [38]. Među zdravstvenim djelatnicima postoje značajne razlike prema dobi (s tim da su mlađe dobne skupine bile neodlučnije), kao i prema kategorijama i specijalnostima. Nalazi iz studije usmjerili su intervencije prema promicanju prihvaćanja cjepiva među zdravstvenim djelatnicima, uključujući komunikacijske strategije usmjerene na specifične kategorije i dobne skupine ZD-a. Ovi su nalazi pridonijeli informiranju i razvoju politike kroz radnu skupinu ZD-a i ministara zdravstva iz tih zemalja.

Istraživanje B. Rechel i suradnika iz 2020. godine među zdravstvenim djelatnicima u 16 zemalja Latinske Amerike pokazalo je nepovjerenje prema cijepljenju kod približno 3 % svih zdravstvenih djelatnika [39]. Godine 2021. Bolivija je provela istraživanje među ZD-a dok je razvijala svoj plan cijepljenja. Izvijestila je da je 55 % anketiranih zdravstvenih djelatnika izrazilo spremnost prihvatiti cijepljenje ako bi cjepivo bilo dostupno, a 57 % bi ga preporučilo članu obitelji. Ove niske stope prihvaćanja cjepiva

protiv koronavirusa dovele su u pitanje plan cijepljenja i pružile dokaze vladi da treba provesti edukaciju koja bi smanjila otpor prema cijepljenju [31]. Godinu dana kasnije, PAHO je identificirao da je nepovjerenje prema cijepljenju među zdravstvenim djelatnicima palo na 2 % [13].

2.5. Izazovi zdravstvenih resursa tijekom pandemije COVID-19

COVID-19 pojavio se u prosincu 2019. godine u Kini i za manje od četiri mjeseca proširio se po cijelom svijetu s eksponencijalnim rastom te je Svjetska zdravstvena organizacija 11. ožujka 2020. proglasila pandemiju [37]. Što se tiče bolesti, očito je da je COVID-19 akutna respiratorna epidemija koja je blisko povezana s virusom SARS-CoV-2 [36]. Prema svjetskim statistikama, stopa smrtnosti iznosila je 3,4 % [36]. U takvoj situaciji jedan od ključnih elemenata zdravstvenih sustava u prevenciji, kontroli i liječenju epidemija kao što je COVID-19 mogu biti zdravstveni ljudski resursi [36].

U današnje vrijeme, učinci socioekonomskih, tehnoloških i kulturnih promjena dovode zdravstvene sustave do kontinuirane dinamike i sve veće složenosti. Jedan od ključnih čimbenika kontinuiranog uspjeha i postizanja ciljeva u ovim složenim okruženjima su ljudski resursi [38]. Nedostatak specijaliziranih ljudskih resursa u ovom području, njihovo nekvalitetno znanje i neodgovarajuća distribucija njihovih vještina može se smatrati velikom preprekom u postizanju ciljeva organizacijskog razvoja u trećem tisućljeću [38].

S druge strane, učinkovito pružanje zdravstvenih usluga ozbiljno je pod utjecajem ljudskih potencijala. Glavni problemi u ovom području uključuju neodgovarajući broj, vrstu, način distribucije i učinak osoblja u zdravstvenim sektorima. U tom smislu, optimalno upravljanje zdravstvenim ljudskim resursima smatra se značajnom odgovornošću menadžera koja sadrži niz aktivnosti važnih za poboljšanje razine kompetencija i povećanje znanja te razvoj vještina osoblja. Iako se zdravstveni sustavi diljem svijeta sve više suočavaju s izazovima nedostatka ljudskih resursa i neprikladnom distribucijom njihovih vještina, primjena optimalnog upravljanja uz primijenjene planove za poboljšanje kvalitete ovih resursa može dovesti do poboljšanja kompetencija kao i povećanja kvalitete usluga i smanjenja povezanih izazova [38,39].

Važnost optimalnog upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu može se razmotriti sa stajališta SZO-e. Prema izvješću SZO-e, značajan udio javnih državnih resursa dodijeljen je sektorima zdravstvene skrbi, a najosnovniji dio odnosi se na zdravstvene ljudske resurse. Velik iznos troškova koji se pripisuje ljudskim resursima u zdravstvu odnosi se na bolnice i domove zdravlja. Prema prethodnim rezultatima studija u Iranu troškovi ljudskih resursa čine 55 – 60 % ukupnih tekućih rashoda bolnica i zdravstvenih centara [40]. Ovi dokazi jasno pokazuju status i važnost optimalnog upravljanja ljudskim resursima za zdravstvene sektore. U tom smislu, identificiranje prepreka rastu i poboljšanju osoblja može se uočiti kao prvi korak.

Pandemija COVID-19 tjera sve zdravstvene sustave, pa tako i hrvatski, da posvete ozbiljnu pozornost područjima nabave, distribucije, procjene učinka, razvoja, sustava kompenzacije i drugog povezanog upravljanja ljudskim resursima kao preduvjet i nužnost. Prema globalnoj statistici, do svibnja 2021. godine prijavljeno je više od 160 milijuna slučajeva potvrđenih morbiditeta od COVID-19 i oko 3 milijuna povezanih smrtnih slučajeva. Štoviše, nacionalne statistike su izvijestile o više od 2 milijuna slučajeva morbiditeta i više od 75 000 slučajeva smrti zbog COVID-19 [41]. Rassouli i sur. (2020.) izvijestili su o mnogim izazovima koji su intenzivirali mortalitet i morbiditet u zemlji, među kojima su kulturološki uvjeti, nedostatak zdravstvenih ljudskih resursa, nedostatak osobne zaštitne opreme (OZO) te dijagnostičkih i liječničkih ustanova više istaknuti [42]. Uzimajući u obzir ove uvjete i kako bi se bolje upravljalo pandemijom, 41 referentna bolnica te 168 bolnica i zdravstvenih centara s mogućnošću hitne evakuacije dodijeljeni su službama povezanim s COVID-19. U međuvremenu, više od 5000 gradskih zdravstvenih stanica i 5000 ruralnih sveobuhvatnih zdravstvenih centara uzeto je u obzir za traženje i praćenje sumnjivih i pozitivnih slučajeva [42].

U takvom stanju posve je jasno da optimalno upravljanje takvim ustanovama ovisi o učinkovitom upravljanju ljudskim resursima u zdravstvu, a pravovremena identifikacija povezanih izazova u ovom području može utri put kreatorima politika prema boljem upravljanju pandemijom.

Organizacijski izazovi	Ograničena financijska sredstva
	Kompenzacijska diskriminacija
	Diskriminacija kadrovskih bodova i privilegija
	Neravnoteža u radnom opterećenju
	Slaba organizacijska koordinacija
	Neučinkoviti međusektorski odnosi
	Konfliktne i paralelne odluke
	Neučinkovita raspodjela ljudskih resursa
	Nedostatak primijenjenog, planiranog i integriranog obrazovanja
	Nedostatak integriranih zdravstvenih protokola za zdravlje osoblja
	Nedostatak odgovarajuće evaluacije učinka
	Visoka fluktuacija zaposlenika
	Nedostatak specijalizirane radne snage
Pravni izazovi	Nedostatak stalnih usluga podrške bolesnom osoblju
	Neprikladni pristupi i nedostatak jasnih uputa za rad na daljinu
	Nedostatak alternativnih planova i propisa umjesto propuštenih ljudskih potencijala
	Nedostatak jasnih pristupa i protokola za zapošljavanje
	Nedovoljno znanje zaposlenika o COVID-19
	Psihološki poremećaji među osobljem
	Smanjenje samopouzdanja i samopoštovanja kod osoblja

Osobni izazovi	Izgaranje osoblja
	Povećanje opterećenja i umor osoblja
	Smanjena razina zadovoljstva poslom, poticaja i moralnog osjećaja
	Učinci žalosti kolega i pacijenata
	Osjećaj nesigurnosti na radnom mjestu

Tablica 2.5.1. Izazovi upravljanja zdravstvenim ljudskim resursima tijekom pandemije COVID-19

Izvor: Yusefi AR, Sharifi M, Nasabi NS, Rezabeigi Davarani E, Bastani P. Health human resources challenges during COVID-19 pandemic; evidence of a qualitative study in a developing country. PLoS One. 2022;17(1):262.

2.5.1. Nedovoljno znanje zaposlenika o virusu COVID-19

Sadašnji rezultati pokazuju da se nedovoljno znanje o virusu COVID-19 smatralo izazovom ljudskih resursa u zdravstvu. Nepoznata priroda bolesti, vrsta liječenja, prognoza bolesti, predviđanje brzine prevalencije, vjerojatnost recidiva, nepoznati putovi prijenosa i nedefinirane kliničke manifestacije samo su neke od nepoznanica, posebno na početku pandemije [43].

Prema srodnim studijama na početku pandemije, značajan broj zdravstvenih djelatnika slabo je poznao putove prijenosa bolesti i početne kliničke simptome. Prema Fathi i sur. (2020.), nedostatak specijaliziranog znanja, nedovoljna pripremljenost i nedostatak pristupa primijenjenim vještinama pri upravljanju i kontroli bolesti bili su među izazovima zdravstvenih djelatnika tijekom pandemije COVID-19 [44]. Nedostatak znanja i iskustva najavljen je kao jedan od stresnih faktora među zdravstvenim radnicima tijekom pandemije COVID-19. S obzirom na to da zdravstveni djelatnici pružaju usluge na prvoj liniji zdravstvenih sustava u borbi protiv virusa COVID-19, neadekvatno znanje i pogrešni stavovi među njima mogu izravno

utjecati na njihovo ponašanje i dovesti do kašnjenja u dijagnosticiranju bolesti, lošeg učinka kontrole infekcije i širenja bolesti [44].

2.5.2. Psihološki poremećaji među zdravstvenim djelatnicima

Psihološki poremećaji među zdravstvenim djelatnicima bili su među ostalim identificiranim izazovima u području osobnih izazova. Prema drugim rezultatima, oni djelatnici koji su izravno angažirani na odjelima za COVID-19 iskusili su mnoge psihološke izazove zbog nepredvidivih uvjeta, velikog opterećenja, nepoznate prirode bolesti, čestih promjena protokola i brzih promjena u politici, informacijama i operativne uloge. Ostali izazovi s kojima su se suočavali bili su veliki umor, visoka stopa smrtnosti među pacijentima, strah od zaraze, nedostatak potpornih psiholoških, društvenih i organizacijskih paketa te također nedostatak pristupa osobnoj zaštitnoj opremi (OZO) [44,45].

Rezultati pregledne studije pokazuju da su tijekom pandemije COVID-19 negativni psihološki učinci kao što su stres, depresija, anksioznost, nesanica i osjećaj ljutnje značajno povećani među zdravstvenim djelatnicima i drugim angažiranim osobama tijekom pandemije COVID-19. Iskustvo mentalnog poremećaja i negativnih emocija bio je jedan od glavnih izazova pred liječnicima i medicinskim sestrama koji rade u jedinicama intenzivne njege (JIL) za COVID-19 [29]. U drugoj studiji B. Rechel i suradnika iz 2019. godine u Kanadi, mentalni poremećaji smatrani su glavnim izazovom medicinskih sestara protiv početnog odgovora na COVID-19 [38]. Utvrđeno je da angažiranje stručnjaka za mentalno zdravlje za osposobljavanje zdravstvenih djelatnika tijekom katastrofe, osnaživanje vještina osoblja u upravljanju stresom, primjena poticaja te fizičke i duhovne podrške uz pružanje potrebnih informacija o pandemiji može pomoći u smanjenju mentalnih poremećaja.

2.5.3. Smanjenje samopouzdanja i samopoštovanja kod osoblja

U području osobnih izazova, rezultati također pokazuju da je došlo do pada samopouzdanja i samopoštovanja zdravstvenih djelatnika. Nedostatak znanja, iskustva i vještina može biti razlog niskog samopouzdanja. Prema drugim rezultatima,

nepoznata priroda bolesti COVID-19 može uzrokovati da zdravstveni djelatnici pate od niskog samopouzdanja za pružanje usluga, a nedostatak znanja i iskustva u JIL-u također je doveo do smanjenja samopouzdanja osoblja. Nesposobnost u pružanju usluga također je uzrokovana osjećajem nesigurnosti i nedostatkom samopouzdanja čak i kod najiskusnijih medicinskih sestara [40]. Nasuprot gore navedenim studijama, u studiji autora A. Sagan i suradnika provedenoj u Iranu 2020. godine, neki od sudionika tvrde da vole izazove i da ih rutinski zadaci ne mogu zadovoljiti, pa svladavanje izazova može dovesti do povećanja njihovog samopouzdanja [39]. U drugoj kvalitativnoj studiji u Italiji, medicinske sestre vjeruju da usprkos zahvalnosti zajednice, ponašanje nekih ljudi nije ljubazno i neprikladne reakcije mogu dovesti do osjećaja bezvrijednosti među medicinskim sestrama. Ovakva iskustva mogu negativno utjecati na samopoštovanje osoblja [36]. Neugodna iskustva i bezvrijednost zbog neprikladnog ponašanja i reakcija zajednice zabilježena su i među iranskim medicinskim sestrama. Unatoč sadašnjim rezultatima, neki od iranskih liječnika i medicinskih sestara izrazili su dubok osjećaj ljubavi prema svojoj profesiji i naglasili osjećaje ponosa i vrijednosti dok su pomagali drugima [39]. Neke talijanske i kineske medicinske sestre također su izvijestile o osjećaju vrijednosti i ponosu što pružaju usluge pacijentima zaraženima virusom SARS-CoV-2 [41].

2.5.4. Smanjena razina zadovoljstva poslom, poticaja i moralnog osjećaja

Smanjenje razine zadovoljstva poslom bio je jedan od izazova u području osobnih izazova. Rezultati kvalitativne studije I. Gherghek i suradnika iz 2020. godine u Jordanu pokazuju da iracionalne i nametnute radnje i odluke, širenje dezinformacija i nejasne izjave vlade mogu utjecati na zadovoljstvo poslom liječnika. Ostali čimbenici kao što su neadekvatan broj zdravstvenih djelatnika, nedostatak integriranih protokola i umor kao posljedica preopterećenosti poslom također su negativno utjecali na zadovoljstvo poslom [42]. Nezadovoljstvo poslom također se može smatrati glavnim faktorom fluktuacije zaposlenika. U studiji K. Oliver i suradnika iz 2019. godine provedenoj u Iranu, pokazalo se da su u osobnim životima medicinskih sestara koje su radile na JIL-u s pacijentima zaraženim virusom COVID-19 zabilježene neke vrste

nesigurnosti, dvosmislenosti i velika tendencija napuštanja posla. U Italiji su medicinske sestre iskusile nezadovoljstvo poslom zbog ozbiljnih poteškoća od početka pandemije COVID-19 [36]. Druga studija A. Srbljinović i suradnika iz 2020. godine provedena u Hrvatskoj navodi da su medicinske sestre tvrdile da su sretno i zadovoljne zbog mogućnosti pomaganja drugima [46].

2.5.5. Propadanje socijalnog i obiteljskog života zdravstvenih djelatnika tijekom COVID-19 pandemije

Širenje virusa COVID-19 bilo je toliko brzo i iznenađujuće da ga je Svjetska zdravstvena organizacija proglasila globalnom pandemijom. Osim što je bio zaražen veliki broj ljudi, pandemija je uzrokovala fizičke i psihičke posljedice u društvu. Medicinske sestre, kao zagovornice zdravlja na prvoj liniji borbe s bolešću, pretrpjele su mnoge štetne posljedice bolesti [35]. Mentalne nuspojave uzrokovane pandemijom COVID-19 kod medicinskih sestara daleko su trajnije od fizičkih nuspojava. Istaknuta je važnost prevalencije psiholoških i emocionalnih problema, kao što su stres, tjeskoba, depresija, strah od bolesti ili smrti bližnjih te profesionalnih problema kao što su izgaranje na poslu, strah od odlaska na posao, simptomi posttraumatskog stresnog sindroma i drugi problemi uzrokovani izazovima rada na odjelima za COVID-19 [39,41]. Većina medicinskih sestara bojala se ići na posao te su bile zabrinute zbog nedostatka osobne zaštitne opreme kao i zbog toga što će im se obitelj i bliski prijatelji razboljeti. Problemi s kojima se velika većina zdravstvenih sustava diljem svijeta nosila na početku izbijanja i brzog širenja virusa COVID-19 uzrokovani su nedostatkom opreme za njegu pacijenata i osobne zaštitne opreme za osoblje, nedostatkom bolničkog prostora, visokim opterećenjem te ograničenim znanjem i informacijama o uzroku bolesti, njezinoj patofiziologiji i putovima prijenosa, što je uzrokovalo fizičke i psihičke probleme koji su od tada postali emocionalni i socijalni problemi medicinskih sestara [34]. U većini katastrofa i epidemija zaraznih bolesti medicinske sestre su nesebično djelovale u pružanju usluga, s obzirom na svoju moralnu i profesionalnu odgovornost, a ponekad su zanemarivale sebe i svoje potrebe. Nedvojbeno je da kada ovaj osjećaj odgovornosti ne bi postojao kod medicinskih sestara, ne bi bilo moguće nastaviti s pružanjem skrbi u stresnim uvjetima bolesti kao

što je COVID-19 i njome uzrokovanim teškim uvjetima rada. U različitim kulturnim i društvenim kontekstima, medicinske sestre imaju drugačije radne uvjete i karakteristike. Tijekom pandemije COVID-19, stigmatizacija medicinskih sestara pojavila se u zemljama kao što su Iran, Indonezija i Italija [43]. Kvaliteta rada medicinskih sestara te tjelesno i psihičko zdravlje povezani su s odgovarajućim radnim uvjetima. Međutim, istraživanja su pokazala da je pandemija COVID-19 povezana s radnim uvjetima i organizacijskim problemima koje uzrokuje te s razvojem psiholoških problema kod medicinskih sestara [14].

Jedan od problema koji postoji kao osnova za poteškoće radnih uvjeta je potreba za iskustvom u radu u kriznim situacijama za menadžere tijekom pandemije COVID-19. U kontekstu iskustava voditelja medicinskih sestara tijekom pandemije COVID-19, istraživanje su proveli White i sur. (2022.) koji se odnosi na usmjerenost menadžera na psihosocijalnu podršku medicinskim sestrama dok su bile iscrpljene i pod stresom [44]. S obzirom na to da se ova iskustva odvijaju u obliku bihevioralnih radnji između menadžera i medicinskih sestara, iskustva bihevioralnih interakcija u tom smislu mogu biti različita u različitim kontekstima, kao neučinkovitosti zdravstvenih organizacija u podršci medicinskim sestrama. Ova neučinkovitost organizacija više-manje je povezana s potrebom za većom potporom menadžera. Studije o radnim i životnim uvjetima medicinskih sestara provode se zasebno i na ograničenim varijablama, a ponekad se provode studije o specifičnim pitanjima, kao što su psihološki izazovi s kojima se suočavaju medicinske sestre ili stigma liječenja određene bolesti [16]. No, zanemarena karika u ovom području je svijest o proživljenim iskustvima medicinskih sestara u širem smislu te o uvjetima života i rada tijekom pandemije COVID-19, s obzirom na to da su ta pitanja različita u različitim kulturama i kontekstima.

Propadanje socijalnog i obiteljskog života zdravstvenih djelatnika za vrijeme pandemije COVID-19 predstavlja složen i zabrinjavajući fenomen koji je postao izražen u mnogim dijelovima svijeta. Ova pandemija donijela je snažan udarac zdravstvenim sustavima diljem svijeta, a zdravstveni radnici bili su na prvoj liniji obrane. Njihova izloženost visokom riziku od zaraze, pretjeran radni tempo, nedostatak resursa i opreme te neprestani pritisak i emocionalni teret suočavanja s bolesnicima, često su rezultirali ozbiljnim posljedicama na njihov socijalni i obiteljski život. Povećana izloženost riziku od zaraze COVID-19 virusom izazvala je strah i

anksioznost među zdravstvenim radnicima, što je dovelo do stvaranja udaljenosti od obitelji i prijatelja radi zaštite njihovog zdravlja [45]. Ovo povećanje stresa i tjeskobe može dovesti do emocionalnog distresa i izolacije, što negativno utječe na njihove obiteljske odnose. Intenzivan radni tempo i dugotrajne smjene značajno su smanjili vrijeme koje zdravstveni djelatnici mogu provesti sa svojim obiteljima. Nedostatak vremena za odmor i oporavak dovodi do povećanog osjećaja iscrpljenosti i emocionalne distanciranosti od partnera i djece. Ovo može rezultirati narušavanjem obiteljskih veza i povećanjem napetosti u kućnom okruženju. Nedostatak podrške i razumijevanja zahtjeva i izazova s kojima se suočavaju zdravstveni djelatnici može dodatno pogoršati njihovu situaciju. Nedostatak adekvatne podrške od strane uprave i nedovoljna pažnja javnosti prema njihovim potrebama može dovesti do osjećaja nevažnosti i izolacije [46].

Emotivno iscrpljenje i traume koje su zdravstveni djelatnici doživjeli tijekom pandemije mogu utjecati na njihove interpersonalne odnose. Ponekad se suočavaju s teškoćama u komunikaciji s obitelji i prijateljima zbog nedostatka razumijevanja za njihove emocionalne reakcije i teškoće koje su pretrpjeli. Konačno, dugotrajno izlaganje visokom stresu i emocionalnom teretu može dovesti do razvoja mentalnih zdravstvenih problema među zdravstvenim djelatnicima, poput depresije, anksioznosti i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Ovi problemi dodatno mogu pogoršati njihove socijalne i obiteljske odnose, stvarajući začarani krug negativnih utjecaja [43]. U cjelini, propadanje socijalnog i obiteljskog života zdravstvenih radnika za vrijeme pandemije COVID-19 predstavlja kompleksan problem koji zahtijeva sveobuhvatan pristup podršci i zaštiti mentalnog zdravlja ovih nevjerojatnih pojedinaca koji su se hrabro borili na prvoj liniji obrane protiv ove globalne zdravstvene krize.

2.5.6. Komunikacija i koordinacija u upravljanju u kriznim situacijama

Upravljanje kriznim situacijama u zdravstvu zahtijeva učinkovitu komunikaciju i koordinaciju kako bi se osigurala brza i adekvatna reakcija. Komunikacija ima ključnu ulogu u razmjeni informacija između različitih dionika, uključujući zdravstvene ustanove, stručnjake, vlasti i javnost [25]. Ova razmjena

informacija omogućuje bolje razumijevanje situacije, koordinaciju aktivnosti i donošenje informiranih odluka.

Upravljanje krizom u zdravstvu također zahtijeva dobru koordinaciju među timovima i organizacijama kako bi se osigurala skladna i usklađena reakcija. To uključuje uspostavljanje jasnih uloga i odgovornosti, redovito ažuriranje planova za upravljanje krizama te uspostavljanje mehanizama za brzo djelovanje. Koordinacija također podrazumijeva suradnju s vanjskim sudionicima poput lokalnih vlasti, organizacija za hitne situacije i drugih zdravstvenih ustanova radi zajedničkog suočavanja s krizom. Ukupno gledano, efikasna komunikacija i koordinacija su ključni elementi u upravljanju kriznim situacijama u zdravstvu jer omogućuju brzu mobilizaciju resursa, usklađenu akciju i smanjenje štete [30]. Ove su strategije važne ne samo za rješavanje trenutne krize, već i za izgradnju otpornijeg zdravstvenog sustava koji je sposoban učinkovito reagirati na buduće izazove.

Edukacija zdravstvenih djelatnika trenutno je u ključni čimbenik koji može utjecati na potencijalne promjene. Nakon deset godina inovacija, čiji su primjer mnogobrojni otvoreni virtualni tečajevi (besplatni tečajevi dostupni svima koji se mogu upisati), pandemija COVID-19 poremetila je obrazovne sustave posvuda, povećala upotrebu internetskih tehnologija, dovela do velikih institucionalnih preustroja kako bi se prilagodili modeli podučavanja koji kombiniraju virtualno i podučavanje uživo te su otkrili već postojeće nejednakosti u pristupu obrazovnim resursima unutar i između zemalja. Pokrenuvši gospodarsku i društvenu krizu, pandemija je stvorila mnoge poremećaje koji će vjerojatno imati dugoročne implikacije na obrazovni i na zdravstveni sustav. Kao podsustav između ova dva sustava, ali povezan s oba, zdravstveno-profesionalno obrazovanje može biti predvodnik u inovacijama za poboljšanje integracije novonastalih kompetencija i tehnologija.

Godine 2010. Lancetova komisija o obrazovanju zdravstvenih djelatnika za 21. stoljeće preporučila je globalni, interdisciplinarni pristup utemeljen na dokazima za pregled Flexnerova stoljeća (stoljeća između 1910. kada je objavljeno Flexnerovo izvješće i 2010. kada je Lancetova komisija objavljena) i uspostavljanje načina poticanja interdisciplinarnog i globalne integracije zdravstveno-stručnog obrazovanja. Komisija je identificirala tri vrste reformi:

- znanstveno utemeljene reforme koje promiču znanstvene nastavne planove i programe na sveučilištima
- učenje temeljeno na problemima u akademskim medicinskim centrima i
- reforme temeljene na sustavima usmjerene na razvoj kompetencija za učinkovitu multidisciplinarnu praksu u složenim sustavima zdravstvene skrbi.

Pravednost u zdravlju sve se više prepoznaje kao zanemarena tema kurikuluma usred značajnih razlika u zdravlju među podskupinama stanovništva, definiranih urbanim ili ruralnim prebivalištem, rasom, etničkom pripadnošću, prihodom, stanovanjem i obrazovanjem. Literatura je istaknula nejednakost u zdravlju, kako u zemlji tako i u svijetu. Budući da su ove razlike i njihova rješenja globalne, tema globalnog zdravlja postala je popularna među studentima koji su dio međunarodnih mreža i obrazovnih konzorcija. COVID-19 predstavljao je neočekivanu priliku za povećanje inovacija u sustavima visokog obrazovanja (npr. sveučilišta i akreditacijske organizacije), sustavima zdravstvene skrbi i interakciji između tih sustava. Uz kratkoročne poremećaje koje je uzrokovala pandemija COVID-19, vjerojatno će se pojaviti i društvene posljedice s dugoročnim učincima. Za razumijevanje ovih posljedica trebat će neko vrijeme, ali institucije mogu upotrijebiti energiju i strast pojedinaca i zajednica kao rezultat pandemije kako bi ispravile strukturne nedostatke i prevladale ograničenja koja je otkrila pandemija. Institucije se ne bi trebale samo prilagoditi novom uobičajenom načinu izobrazbe, već proaktivno uspostaviti poboljšani uobičajeni način izobrazbe. Pritom bi prvi korak bio u razvijanju novih načina konceptualizacije modela koji bi mogli promijeniti zdravstveno-profesionalno obrazovanje nakon pandemije COVID-19.

2.5.7. Uloga liderstva u motivaciji i vođenju zdravstvenog osoblja tijekom kriznih situacija

Uloga liderstva u motivaciji i vođenju zdravstvenog osoblja tijekom kriznih situacija ima ključan utjecaj na sposobnost zdravstvenog sustava da učinkovito odgovori na izazove i pruži najbolju moguću skrb pacijentima. Ova tema istražuje važnost vođenja u kriznim situacijama, naglašavajući ulogu lidera u inspiriranju, motiviranju i vođenju osoblja kako bi se održala kvaliteta usluga, osigurala sigurnost

pacijenata i osoblja te poboljšala opća dobrobit zajednice. U kriznim situacijama poput pandemija, prirodnih katastrofa ili masovnih ozljeda, zdravstveno osoblje suočava se s visokim razinama stresa, pritiska i neizvjesnosti [40]. U takvim trenucima, lideri imaju ključnu ulogu u pružanju podrške, smjernica i motivacije kako bi se osoblje osnažilo da se nosi s izazovima i nastavi pružati kvalitetnu skrb. Uloga lidera u održavanju pozitivnog radnog okruženja, poticanju timskog rada i osiguranju jasnih komunikacijskih kanala postaje presudna za održavanje stabilnosti i produktivnosti u kriznim uvjetima.

Liderstvo u kriznim situacijama zahtijeva niz ključnih vještina i osobina. To uključuje sposobnost donošenja brzih i informiranih odluka, fleksibilnost u prilagodbi promjenjivim okolnostima, empatiju u razumijevanju potreba i briga osoblja te sposobnost jačanja povjerenja i zajedništva unutar tima. Lideri također moraju biti transparentni u komunikaciji, pružajući jasne informacije o situaciji, planovima djelovanja i očekivanjima, kako bi se smanjila količina dezinformacija i povećalo povjerenje. Motivacija osoblja u kriznim situacijama često zahtijeva poseban pristup. Lideri se moraju angažirati u prepoznavanju i vrednovanju napora osoblja, pružanju podrške u suočavanju s emocionalnim izazovima te poticanju osjećaja svrsishodnosti i značaja u njihovom radu [42,43]. Također je važno osigurati resurse i alate potrebne za učinkovito obavljanje posla te omogućiti prilagodljivost u radnom rasporedu i prilagodbu zahtjeva posla prema individualnim potrebama osoblja.

Osim toga, liderstvo u kriznim situacijama igra ključnu ulogu u izgradnji otpornosti i dugoročne pripreme za buduće izazove. Analiza izvedbe, učenje iz iskustava i implementacija poboljšanja pomažu u jačanju kapaciteta sustava za odgovor na krize i smanjenju ranjivosti. Kontinuirana podrška i razvoj liderstva unutar zdravstvenih organizacija ključni su za izgradnju otpornosti i pripremu za buduće krizne situacije. Uloga liderstva u motivaciji i vođenju zdravstvenog osoblja tijekom kriznih situacija izuzetno je važna za održavanje funkcionalnosti zdravstvenog sustava i pružanje najbolje moguće skrbi pacijentima [45]. Kroz inspiraciju, podršku i jasno usmjeravanje, lideri imaju ključnu ulogu u osnaživanju osoblja, održavanju pozitivnog radnog okruženja i izgradnji otpornosti zdravstvenog sustava na izazove budućnosti.

Stilovi vođenja i edukacija o kriznom menadžmentu ključni su elementi u sestrinskoj praksi, posebno u kontekstu pandemije COVID-19. Stilovi vođenja uključuju autokratski, demokratski, transformativni i *laissez-faire* pristup, a svaki od njih ima svoje prednosti i nedostatke u upravljanju krizama. Autokratski stil donosi brze odluke, ali može ograničiti sudjelovanje tima, dok demokratski stil potiče suradnju, ali može biti spor u donošenju odluka. Transformativni stil fokusira se na motivaciju i inspiraciju, dok *laissez-faire* stil pruža slobodu timu, ali može dovesti do nedostatka smjernica. Edukacija o kriznom menadžmentu ključna je za pripremu medicinskog osoblja za suočavanje s izazovima u kriznim situacijama. To uključuje pružanje znanja o procjeni rizika, planiranju kriznih intervencija, komunikaciji u kriznim situacijama i upravljanju stresom i emocionalnim reakcijama. Kroz kontinuiranu edukaciju, sestre stječu vještine potrebne za učinkovito vođenje i upravljanje krizama, čime se osigurava optimalna skrb za pacijente [46]. Osim toga, edukacija o kriznom menadžmentu omogućava sestrama da razviju timski duh, poboljšaju međusobnu komunikaciju i suradnju te brže i učinkovitije reagiraju na izvanredne situacije. Uz to, kontinuirana edukacija osigurava da sestre budu upoznate s najnovijim protokolima, smjericama i najboljim praksama u kriznom menadžmentu, čime se povećava njihova sposobnost prilagodbe i inovativnosti u kriznim situacijama. Stoga je kombinacija različitih stilova vođenja s kontinuiranom edukacijom o kriznom menadžmentu ključna za jačanje kapaciteta sestrinskog osoblja i osiguravanje visoke kvalitete skrbi tijekom izvanrednih događaja poput pandemije COVID-19.

Stilovi vođenja i edukacija o kriznom menadžmentu ključni su aspekti u sestrinstvu, posebno u kontekstu pandemije poput COVID-19 [35,40].

- **Autokratski stil vođenja:** u ovom stilu vođe donose odluke sami, bez uključivanja članova tima. U kriznim situacijama poput pandemije, ovaj stil može biti brz i učinkovit, ali može dovesti do osjećaja nepoštovanja i nezadovoljstva među zdravstvenim radnicima.
- **Demokratski stil vođenja:** ovaj stil uključuje timski rad i sudjelovanje članova tima u procesu donošenja odluka. To može povećati osjećaj pripadnosti i motivaciju među sestrama, što je posebno važno u kriznim situacijama kada je timski rad ključan.

- **Laissez-faire stil vođenja:** ovaj stil karakterizira minimalna kontrola ili usmjeravanje vođe, što može dovesti do nedostatka jasnoće u smjernicama i odlukama. U kriznim situacijama, ovaj stil može biti kontraproduktivan jer zahtijeva brze i odlučne akcije.
- **Transformacijski stil vođenja:** ovaj se stil fokusira na poticanje motivacije, inspiriranje i poticanje inovacija. U kriznim situacijama transformacijski lideri mogu pružiti nadu i viziju za preživljavanje i oporavak.

Edukacija o kriznom menadžmentu u sestrinstvu

- **Prepoznavanje znakova krize:** edukacija bi trebala uključivati prepoznavanje znakova i simptoma kriznih situacija, uključujući fizičke, emocionalne i socijalne indikatore.
- **Planiranje i priprema:** zdravstveni djelatnici, uključujući medicinske sestre, trebaju biti educirani o planiranju i pripremi za krizne situacije, uključujući protokole postupanja, sigurnosne mjere i upravljanje resursima.
- **Komunikacijske vještine:** edukacija bi trebala obuhvatiti razvoj komunikacijskih vještina potrebnih za učinkovitu interakciju s pacijentima, obiteljima i drugim članovima tima tijekom kriznih situacija.
- **Samopomoć i briga o sebi:** zdravstveni djelatnici trebali bi biti educirani o važnosti samopomoći i brige o vlastitom fizičkom i mentalnom zdravlju tijekom kriznih situacija, kako bi se spriječilo izgaranje i poboljšala otpornost.
- **Timski rad:** edukacija o kriznom menadžmentu treba naglasiti važnost timskog rada, suradnje i podrške među zdravstvenim radnicima kako bi se učinkovito nosili s kriznim situacijama.

Ukratko, sestrinska praksa zahtijeva raznolike stilove vođenja i kontinuiranu edukaciju o kriznom menadžmentu kako bi se osigurala učinkovita skrb i podrška tijekom izazovnih situacija poput pandemija.

3. Upravljanje ljudskim resursima za vrijeme pandemije COVID-19 u Hrvatskoj i svijetu

Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu tijekom pandemije COVID-19 predstavlja ključni izazov za zemlje diljem svijeta, uključujući i Hrvatsku. U Hrvatskoj, kao i globalno, osiguravanje dovoljne opskrbe osobnom zaštitnom opremom bilo je ključno pitanje. Oba sustava suočila su se s izazovima u nabavi i distribuciji OZO-a, što je rezultiralo potrebom za brzim prilagodbama i pregovorima s dobavljačima. Globalno, zemlje su se suočile s različitim razinama pristupa OZO-u, ovisno o infrastrukturi i kapacitetima proizvodnje [47]. Hrvatska je, kao i mnoge druge zemlje, implementirala mjere fleksibilnosti u radnom vremenu i uvjetima kako bi se odgovorilo na povećane potrebe. Rad na daljinu postao je učestaliji gdje je to bilo moguće, a slične promjene primijenjene su i u svjetskim zdravstvenim sustavima. Prilagodba radnih uvjeta bila je ključna za očuvanje sigurnosti zaposlenika.

Hrvatska je uložila napore kako bi se osigurala brza edukacija i obuka zdravstvenog osoblja o novim protokolima i postupcima. Globalno, zemlje su se suočile s izazovima u osiguravanju adekvatne obuke zbog povećane opterećenosti zdravstvenog sustava. Mrežni edukacijski resursi postali su sveprisutni kako bi se olakšao pristup obuci. Povećanje kapaciteta radne snage bilo je ključno u Hrvatskoj, a slične mjere primijenjene su i u drugim zemljama [48]. Suradnja s drugim sektorima i preusmjerenje radne snage tamo gdje je najpotrebnije također su bile važne strategije za suočavanje s povećanim opterećenjem zdravstvenih sustava.

U Hrvatskoj je pružanje psihološke podrške zdravstvenim djelatnicima postalo važno pitanje, a slične inicijative provodile su se diljem svijeta. Očuvanje mentalnog zdravlja zaposlenika postalo je prioritet, a organizacije su uvodile programe podrške, savjetovanja i resursa za suočavanje s emocionalnim izazovima. Transparentnost komunikacije postala je prioritet kako bi se održalo povjerenje javnosti u zdravstvene radnike u Hrvatskoj. Zemlje su prepoznale važnost transparentne komunikacije kako bi se održala ravnoteža između informiranja javnosti i izbjegavanja panike. Hrvatska je brzo reagirala na prve znakove pandemije, prilagodila protokole i osigurala brzu i učinkovitu reakciju [49]. Globalno, zemlje su se suočile s različitim rizicima, od kojih su neki proizašli iz specifičnosti zdravstvenog sustava, ekonomske situacije i

sociopolitičkih faktora. Prilagodba politika zapošljavanja i dodatnih beneficija postala je nužnost kako bi se očuvala radna snaga u Hrvatskoj. Globalno, različite zemlje primjenjuju različite pristupe u prilagodbi politika zapošljavanja i beneficija, ovisno o specifičnostima svojih sustava.

3.1. Usporedba odgovora zdravstvenog sustava na COVID-19 u Bugarskoj, Hrvatskoj i Rumunjskoj

Bugarska, Hrvatska i Rumunjska države su članice Europske unije (EU) u jugoistočnoj Europi koje su na sličan način odgovorile na pandemiju COVID-19 te su dijelile mnoge slične izazove unutar svojih zdravstvenih sustava prije pandemije. Rumunjska je znatno veća od Bugarske i Hrvatske te je 2021. godine imala 19,2 milijuna stanovnika, u usporedbi sa 6,9 milijuna u Bugarskoj i 4,0 milijuna u Hrvatskoj [45]. Tranzicijske promjene u politici, gospodarstvu i, u hrvatskom slučaju, rat, oblikovale su opće prilike u trima zemljama u postkomunističkom razdoblju [46]. Tri današnja zdravstvena sustava suočavaju se s izazovima starenja stanovništva, sve veće potražnje, novih tehnologija, rastućih troškova zdravstvene zaštite i sve većeg tereta kroničnih bolesti. Unatoč desetljećima tranzicije, očekivani životni vijek u svim trima zemljama još uvijek je bio daleko ispod prosjeka EU-a prije pandemije te je 2019. godine iznosio 75,1 u Bugarskoj, 78,6 u Hrvatskoj i 75,6 u Rumunjskoj, u usporedbi s 81,3 u EU [47]. Ovaj jaz će se vjerojatno dodatno povećati kao rezultat pandemije COVID-19.

Zdravstveni sustavi triju zemalja dijele slične karakteristike, uključujući visoko centralizirane strukture upravljanja i sustave obveznog zdravstvenog osiguranja s jednim javnim obveznikom. Ključni izazovi povezani s mehanizmima upravljanja su nedostatak strateškog planiranja na nacionalnoj razini te nedostatak koordinacije i integracije skrbi na regionalnoj i lokalnoj razini. Povjerenje građana u donositelje odluka i javne vlasti, bitan je element za uspjeh širokog spektra javnih politika te predstavlja još jedan izazov. Prema najnovijem istraživanju Life in Transition Survey, koje je provela Europska banka za obnovu i razvoj 2016. godine, ljudi u jugoistočnoj Europi obično imaju niske razine povjerenja u vlasti zbog raširene korupcije [48].

Još jedan čest izazov su zemljopisne neravnoteže u distribuciji zdravstvenih ustanova i djelatnika, pri čemu ruralna područja često nisu dobro opskrbljena, a veći gradovi često imaju preopskrbu. Općenito, postoji manjak liječnika opće prakse i medicinskih sestara u ruralnim područjima i višak specijalista u gradovima. Vlade su poduzele neke korake za prevladavanje ovih izazova zdravstvene radne snage (kao što je veliko povećanje plaća u Rumunjskoj i reforma sustava poslijediplomske specijalizacije u Bugarskoj), iako do sada s ograničenim uspjehom [49].

Postoje i važne razlike između triju zemalja, primjerice u pogledu univerzalne zdravstvene pokrivenosti. Unatoč tome što je socijalno zdravstveno osiguranje obvezno, značajan udio stanovništva u Bugarskoj (približno 15%) i Rumunjskoj (približno 11 %) ostaje neosigurano [50]. Nasuprot tome, u Hrvatskoj je sustavom obveznog zdravstvenog osiguranja obuhvaćeno gotovo 100 % stanovništva [51]. Unatoč tim razlikama, sva tri zdravstvena sustava suočavala su se s velikim izazovima u poboljšanju zdravstvenih ishoda prije pandemije, s nedovoljno razvijenom i nedovoljno iskorištenom primarnom zaštitom, zaštitom u zajednici i preventivnom zaštitom te visokim stopama uzroka smrtnosti koji se mogu spriječiti i izliječiti [12].

Epidemija COVID-19 postavila je velike izazove za zdravstvene sustave u svim trima zemljama koje su već bile suočene s nedovoljno razvijenom primarnom i preventivnom zaštitom, niskim izdancima za zdravstvo i mnogim drugim izazovima u pogledu organizacije zdravstvene zaštite i zdravstvenog stanja stanovništva. Neki od ključnih pokazatelja zdravstvenog sustava prikazani su u tablici 3.1.1.

	Izdatci za zdravstvo po svakom stanovniku (PPS)	Plaćanja iz vlastitog budžeta kao % trenutnih izdataka za zdravstvo	Broj liječnika na 100.000 stanovnika	Broj medicinskih sestara i primanja na 100.000 stanovnika	Bolnički kreveti na 100.000 stanovnika
Bugarska	1307	37,8	424	485	641
Hrvatska	1440	11,4	352	725	354
Rumunjska	1354	18,9	319	770	533
EU -27	3208	15,6*	391	0	387

* PPS = standard kupovne moći

Tablica 3.1.1. Ključni pokazatelji zdravstvenog sustava

Izvor: Eurostat baza podataka. Luksemburg: Eurostat; 2021. Dostupno na:

<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

3.2. Mehanizmi upravljanja povezani s odgovorom zdravstvenog sustava na pandemiju COVID-19

Na početku pandemije COVID-19 Bugarska, Hrvatska i Rumunjska poduzele su brojne mjere kako bi obuzdale epidemiju i umanjile šok za zdravstveni sustav. To je uključivalo osiguravanje dovoljnih bolničkih kapaciteta i zdravstvenih radnika za skrb o teško bolesnim pacijentima s bolesti COVID-19, uspostavljanje opskrbnih lanaca za osobnu zaštitnu opremu i druge bitne uređaje i lijekove te smanjenje prekida rutinskih zdravstvenih usluga [52].

U proljeće 2020. godine tri su zemlje brzo reagirale na pandemiju COVID-19, proglašivši izvanredno stanje u ožujku 2020. godine i uspostavivši nove mehanizme upravljanja (tablica 3.2.1.). U skladu s općom strukturom upravljanja svojim zdravstvenim sustavima, u početku su slijedili centralizirani pristup, u kojem su se sve odluke u vezi s odgovorom na COVID-19 donosile na razini središnje vlade. Uspostavljene su posebne strukture za upravljanje krizama pod vodstvom premijera (Bugarska i Rumunjska) ili Ministarstva zdravstva (Hrvatska). U Bugarskoj je

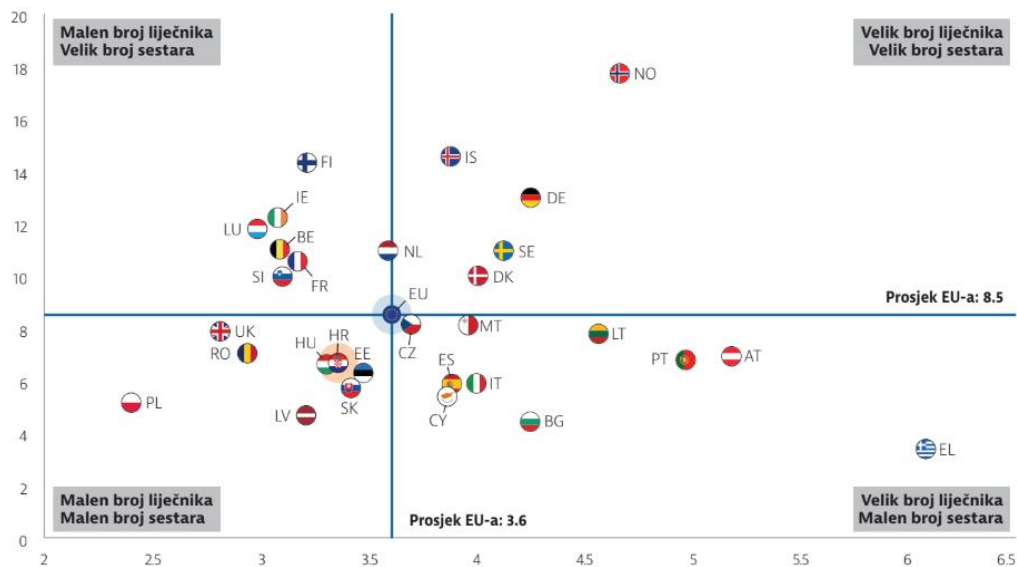
Nacionalni operativni stožer imao savjetodavnu ulogu u upravljanju krizom u zemlji tijekom izvanrednog stanja uzrokovanog pandemijom COVID-19, dok je u Rumunjskoj tu ulogu imao Nacionalni odbor za posebne izvanredne situacije, a u Hrvatskoj Nacionalni stožer civilne zaštite. Tri zemlje uključile su dodatne znanstvene i medicinske stručnjake u svoje timove za hitne intervencije. Također su aktivirale ili usvojile hitne zakone i planove.

	Bugarska	Hrvatska	Rumunjska
Proglašeno izvanredno stanje	13. ožujka 2020.	11. ožujka 2020.	16. ožujka 2020.
Šef nacionalne službe za hitne slučajeve	premijer	Ministarstvo zdravlja	premijer
Uprava za hitne slučajeve	Ministarstvo zdravlja Nacionalni operativni stožer	Državni stožer civilne zaštite Regionalni i lokalni stožeri	Nacionalni odbor za posebne izvanredne situacije
Pripadnost predstavnika hitnih službi	Ministarstvo zdravlja Nacionalni centar za zarazne i parazitarne bolesti Vojnomedicinska akademija Ministarstvo unutarnjih poslova Ministarstvo vanjskih poslova	Ministarstvo zdravstva KZB „Dr. Fran Mihaljević“ Zavod za javno zdravstvo Ministarstvo vanjskih i europskih poslova Ministarstvo unutarnjih poslova	Ministarstvo unutarnjih poslova/Sektor za izvanredna stanja Glavni inspektorat za izvanredna stanja Ministarstvo zdravlja Nacionalni zavod za javno zdravstvo Nacionalni centar za nadzor i kontrolu zaraznih bolesti

			Ministarstvo obrane
Već postojeći zakoni ili planovi za hitne slučajeve	Zakon o zdravstvu Nacionalni plan pripravnosti za pandemiju gripe	Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti	Vladina Uredba o izvanrednim situacijama br. 21/2004 o nacionalnom sustavu upravljanja u izvanrednim situacijama
Zakoni o hitnim slučajevima ili planovi ili stručne skupine kao odgovor na krizu izazvanu pandemijom COVID-19	Izmjene i dopune Zakona o zdravstvu Zakon o mjerama u izvanrednom stanju	Plan odgovora na epidemiju izradila je novoosnovana stručna skupina Ministarstva zdravstva	Hitne uredbe i odluke Vlade kojima se povremeno prilagođavaju mjere odgovora Povjerenstvo Ministarstva zdravlja za kliničko i epidemiološko upravljanje pandemijom COVID-19 Grupa za strateško komuniciranje

Tablica 3.2.1. Mehanizmi upravljanja povezani s odgovorom zdravstvenog sustava na COVID-19

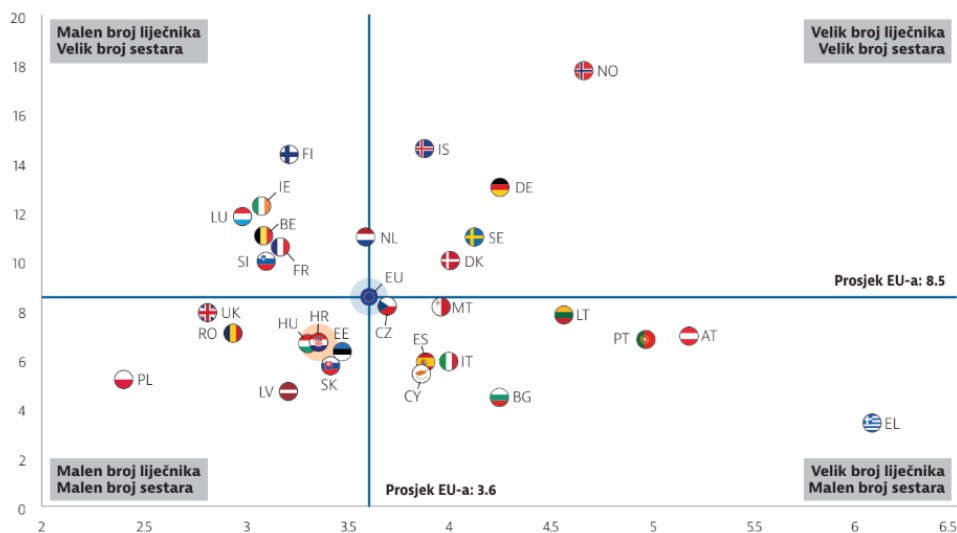
Izvor: Džakula A, Banadinović M, Lovrenčić IL, et al. A comparison of health system responses to COVID-19 in Bulgaria, Croatia and Romania in 2020. Health Policy. 2022;126(5):456-464.



Slika 3.2.1. Prikaz medicinskih sestara i liječnika u drugim zemljama EU

Izvor: *State of Health in the EU · Hrvatska · Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019. godine*

Slika 3.2.1. jasno prikazuje da je Hrvatska svrstana u kvadrant u kojem je vidljivo da pripadamo skupini u kojoj je mali broj medicinskih sestara i liječnika na 1000 stanovnika.



Slika 3.2.2. Broj liječnika i medicinskih sestara u Hrvatskoj u odnosu na prosjek EU

Izvor: *State of Health in the EU - Hrvatska, Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021. godine*

Slika 3.2.2. prikazuje stanje broja medicinskih sestara i liječnika u 2021. godini. Vidljivo je da u odnosu na 2019. godinu nije zabilježena promjena. Broj medicinskih sestara i liječnika ostao je jednako nizak kada se usporede obje promatrane godine.

3.3. Osiguravanje sredstava za kvalitetnu provedbu zdravstvene skrbi

Što se tiče nabave osobne zaštitne opreme (OZO), respiratora i lijekova, upućeni su hitni pozivi za pomoć drugim zemljama. Donacije su bile opsežne i pomogle su premostiti početne nestašice. U pravilu se donirana oprema otprema Ministarstvu zdravstva, a zatim se raspoređuje prema specifičnim potrebama i zahtjevima svake zdravstvene ustanove [52].

COVID-19 doveo je do reorganizacije zdravstvenog sustava, budući da su određene bolnice, odjeli ili ambulantne ustanove označene kao ustanove za COVID-19. Često su opće bolnice reorganizirale svoje odjele i jedan odjel koristile isključivo kao izolacijsku jedinicu. Zbog potencijalne potrebe za dodatnim posteljnim kapacitetom, vojska je pomogla ministarstvima zdravstva u opremanju pojedinih ambulantnih objekata. Zemlje su uspjele ojačati fizičke kapacitete za koje se očekivalo da će biti potrebni [53]. S druge strane, tijekom izvanrednog stanja ukinuti su elektivni zahvati, specijalistički i dijagnostički pregledi i pretrage.

Reorganiziran je i rad zdravstvenih djelatnika. Zbog određivanja COVID-19 ustanova i otkazivanja rutinskih postupaka, došlo je do velike razlike u opterećenju između liječnika i drugih zdravstvenih radnika koji su bili aktivno uključeni u COVID-19 usluge u bolnicama i onih koji su radili u ambulantnim ustanovama koje nisu liječile oboljele od virusa COVID-19.

Osiguravanje zapošljavanja i zadržavanja osoblja bio je još jedan zajednički izazov. Sve tri zemlje poduzele su posebne mjere usmjerene na povećanje broja osoblja tamo gdje je to bilo potrebno, istovremeno osiguravajući zadržavanje postojećih zdravstvenih radnika. Rumunjska se istaknula otvaranjem 2000 dodatnih, privremenih radnih mjesta: 1000 na razini okružnih tijela za javno zdravstvo i 1000 u okružnim službama hitne pomoći [54]. Sve tri zemlje stvorile su zakonodavnu osnovu ili

uspostavile organizacije koje su omogućile obveznu ili dobrovoljnu (Bugarska) preraspodjelu liječnika i medicinskih sestara, kao i uključivanje mladih liječnika u jedinice za COVID-19. Također su poduzele mjere za podršku zdravstvenoj radnoj snazi, kao što su beneficije u obliku financiranja ili pružanja smještaja za liječnike koji rade s pacijentima s bolesti COVID-19. Međutim, osiguranje dovoljnog broja dobro kvalificiranih zdravstvenih djelatnika ostaje izazov u cijeloj regiji.

Jedan od prvih izazova za sve tri zemlje bio je osigurati fizičke resurse potrebne za suočavanje s pandemijom. To je uključivalo reorganizaciju zdravstvenih ustanova i određivanje bolnica, bolničkih odjela ili ambulantnih ustanova kao ustanova za COVID-19. Osim toga, OZO, lijekovi i testovi morali su se nabaviti u dovoljnim količinama i distribuirati zdravstvenim ustanovama. Fizički resursi su dovoljno brzo reorganizirani. Zemlje su 2020. godine uspjele stvoriti dovoljno krevetnih kapaciteta za liječenje pacijenata oboljelih od koronavirusa, a objekti za COVID-19 imali su rezervne kapacitete [53].

Jedan od glavnih izazova zdravstvenog sustava u jugoistočnoj Europi, uključujući suočavanje s pandemijama poput COVID-19, nedostatak je kvalificiranih zdravstvenih radnika, posebno liječnika na odjelima intenzivne njege, medicinskih sestara i drugog specijaliziranog zdravstvenog osoblja. Raspoređivanje osoblja drugih specijalnosti koje je korišteno u odgovoru na prvi val pandemije COVID-19 ne može biti održivo dugoročno rješenje. Mnogi zdravstveni djelatnici koji rade s pacijentima s bolesti COVID-19 postali su ozbiljno preopterećeni, dok su drugi zdravstveni djelatnici imali drastično smanjeno opterećenje [39,54]. Oni koji su radili s pacijentima s bolesti COVID-19 nisu uvijek bili potpuno educirani i podržani.

Sve su tri zemlje poduzele napore kako bi osigurale dovoljan broj zdravstvenih radnika, primjerice zapošljavanjem dodatnog osoblja, preraspodjelom, obukom i davanjem finansijskih poticaja i poticaja u naturi. U Bugarskoj je proširen krug liječnika specijalista koji imaju pravo na novčane poticaje. U Rumunjskoj je povećan broj zdravstvenog osoblja, a osigurani su i finansijski poticaji i druge beneficije za zdravstvene djelatnike s COVID-19 [55].

Međutim, pandemija je otkrila već postojeće slabosti u planiranju ljudskih resursa i nedostatak povezan s ljudskim resursima. Nije iznenađujuće da su nestašice koje su

postojale prije pandemije COVID-19 i dalje prisutne. U Hrvatskoj i Rumunjskoj postoji opći nedostatak zdravstvenih djelatnika, a u Bugarskoj manjak medicinskih sestara.

3.3.1. Pružanje zdravstvenih usluga

Reorganizacijom bolničkog sustava smanjen je pristup zdravstvenim uslugama na svim razinama zdravstvene zaštite (primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj), osim za pacijente hitne pomoći, onkološke bolesnike, trudnice i oboljele od bolesti COVID-19. Uz redovite zdravstvene usluge obustavljeni su i određeni preventivni programi. Na pružanje zdravstvenih usluga u Hrvatskoj utjecali su i potresi koji su pogodili glavni grad Hrvatske, Zagreb, u ožujku i prosincu 2020. godine [56]. Sveukupno, redovne procedure pacijenata u svim trima zemljama drastično su smanjene od ožujka 2020. godine nadalje [56].

Kako bi se osigurao pristup zdravstvenim uslugama za sve pacijente koji nisu oboljeli od virusa COVID-19, uspostavljena su nova digitalna zdravstvena rješenja i usluge za opću populaciju i za posebne ranjive skupine. Te su nove usluge uključivale mrežne stranice, mobilne aplikacije i telefonske linije. Osim toga, pojedine zdravstvene ustanove ili nevladine organizacije uspostavile su telefonske linije ili internetske konzultacije za pacijente te organizirale periodične terenske posjete pripadnicima ranjivih populacija. Primjeri uključuju Nacionalnu organizaciju pacijenata u Bugarskoj, koja je pokrenula nacionalni pozivni centar za pacijente s kroničnim bolestima kojima su omogućili telekonzultacije s različitim medicinskim specijalnostima (uključujući psihoterapeute) i Hrvatski Crveni križ, koji je omogućio kućnu dostavu hrane i lijekova te psihološku podršku [57].

Pružanje zdravstvenih usluga koje nisu povezane s bolesti COVID-19 bilo je ozbiljno poremećeno. Kao i u većini drugih zemalja u Europi [36], odgovor na pandemiju negativno je utjecao na pružanje i korištenje zdravstvenih usluga koje nisu povezane s bolesti COVID-19. Međutim, poduzete su neke protumjere za nastavak pružanja osnovnih zdravstvenih usluga. Formalno, u Bugarskoj pružanje zdravstvenih usluga u izvanbolničkoj skrbi nije bilo ograničeno osim nekih preventivnih usluga. Međutim, poteškoće u pristupu s kojima se ljudi u ruralnim i udaljenim područjima općenito

suočavaju pogoršane su nametnutim ograničenjima putovanja u proljeće 2020. godine. U Hrvatskoj su zdravstveni djelatnici koji ne rade s pacijentima s bolesti COVID-19 imali drastično smanjeni obim posla. Rezultirajuće nedovoljno zbrinjavanje pacijenata koji nisu oboljeli od bolesti COVID-19 moglo bi imati dugoročne posljedice za zdravlje stanovništva [56]. U Rumunjskoj je pružanje zdravstvenih usluga koje nisu povezane s bolešću COVID-19 bilo ograničeno ne samo javnozdravstvenim mjerama, već i strahom pacijenata da se zaraze bolešću COVID-19 te zatvaranjem cijelih bolnica zbog infekcije osoblja izazvane nedostatkom zaštitnih i sigurnosnih mjera.

3.4. Zajednički izazovi za vrijeme pandemije COVID-19

Prvi zaključak dobiven na temelju iskustava zemalja jugoistočne Europe je da je vrijeme od presudne važnosti u odgovoru na pandemiju. Rani i odlučni odgovor Bugarske, Hrvatske i Rumunjske pomogao je u obuzdavanju širenja virusa u prvom valu. Ovaj uspjeh doveo je do niske stope smrtnosti od infekcije u usporedbi s mnogim drugim zemljama u Europi, ali i do pitanja zašto su bile potrebne tako oštre mjere karantene. Na neki su način te tri zemlje postale žrtve svog ranog uspjeha, a potencijal eskalacije pandemije bio je podcijenjen [56]. Kad se drugi val virusa proširio u jesen 2020. godine, Bugarska, Hrvatska i Rumunjska bile su relativno spore u reagiranju, a stope zaraze i smrtnosti značajno su porasle.

Dobro upravljanje, potkrijepljeno državnim kapacitetom, političkim vodstvom, angažmanom zajednice, odgovornošću, transparentnošću, povjerenjem i jasnim linijama komunikacije, ključno je za učinkovit odgovor na pandemiju kao što je COVID-19. Početnom odgovoru doprinijeli su centralizirani pristup upravljanju i visoka razina povjerenja javnosti, no to se pokazalo samo kratkoročnim rješenjem. S vremenom su na površinu isplivali širi izazovi upravljanja, politička i ekonomska razmatranja preuzela su prednost nad stručnim mišljenjima, a povjerenje javnosti je palo [57]. Odgovornost i krivnja prebačene su na niže razine uprave.

Potrebna je odgovarajuća pravna osnova za učinkovit odgovor na pandemiju i zemlje moraju biti sigurne da djeluju unutar svojih postojećih okvira. Bila je to lekcija koju su Hrvatska i Rumunjska naučile na teži način, kada je ustavnost odluka nacionalnih

vlasti uspješno osporena na ustavnim sudovima tih zemalja. Ovi pravni sporovi pridonijeli su eroziji povjerenja u poteze nacionalnih vlasti.

Potrebno je uspostaviti i provoditi strategije zdravstvene radne snage kako bi se osigurao dovoljan broj dobro educiranih zdravstvenih djelatnika. Kriza COVID-19 u jugoistočnoj Europi istaknula je već postojeće nestašice, ali i propuste politika da zaštite zdravstvene radnike od infekcije. Zemlje su donijele niz mjera za povećanje ponude zdravstvenih djelatnika, ali da bi one postale održive, moraju biti dio sveobuhvatnih strategija radne snage [56,57].

Pandemija također naglašava izazov i važnost održavanja osnovnih zdravstvenih usluga. Dok su dokazi za sada slabi, čini se da je korištenje zdravstvenih usluga koje nisu vezane uz COVID-19 naglo u padu za sve tri zemlje i utjecaj na budući morbiditet i mortalitet mogao bi biti znatan [54]. Uvedeni su novi alati i administrativni postupci, ali nije jasno koliko su održivi i koliko su pomogli u održavanju pružanja osnovnih zdravstvenih usluga.

3.5. Utjecaj medija na percepciju javnosti o organizaciji i upravljanju za vrijeme kriznih situacija

Funkcija društvenih medija ključna je za komuniciranje u kriznim situacijama te se smatra važnom karikom u dijalogu između javnosti i vlasti [53], što se ponekad sažima pod nazivom „krizna informatika“. Društveni mediji učinkoviti su u pomaganju žrtvama krize i naširoko se koriste kao izvor informacija [18]. Upravljanje kriznim situacijama i komunikacija sve su veći izazovi zbog utjecaja društvenih medija kao foruma za kriznu komunikaciju. Koncept korištenja društvenih medija u literaturi o kriznoj informatici promatra krizni odgovor dionika kao prošireni društveni sustav [49] koji potiče javnost i tijela za upravljanje kriznim situacijama da se uključe u razmjenu znanja o informacijama povezanim s krizom. Slično tome, tijela za upravljanje kriznim situacijama i komunikacija imaju zadatak procijeniti reakcije javnosti kako bi se povećao osjećaj otporne zajednice. Mjesta za društveno umrežavanje okupljaju javnost u grupe, stvarajući društveni forum za raspravu o kriznim događajima [29] što bi moglo povećati pritisak na dionike uprave. Ovo utire

put za nova pitanja, uključujući i pitanje o tome kako i s kojom svrhom upravljanje kriznim situacijama treba krenuti s korištenjem društvenih medija za sudjelovanje u društvenoj interakciji kao dijalogu između medija i kako neutralni glasovi upravljanja kriznim situacijama mogu ostati neutralni ili pozitivni na društvenim medijima.

Dok je pojava koronavirusa ljude izložila digitalnoj interakciji putem platformi društvenih medija, fizička interakcija bila je teška i izazovna zbog prirode širenja virusa. Stanje se pogoršava jer stručnjaci i vlasti potiču i prisiljavaju stanovnike da smanje kretanje na nekoliko tjedana kako bi spriječili širenje virusa. Otpornost javnosti da izbjegne paniku zbog krize postala je još kritičnija. Društveni mediji pružaju okruženje u kojem ljudi komuniciraju, pomažu pogođenim građanima i služe kao izvor informacija [18]. Osim toga, stranice za društveno umrežavanje izazvale su više zabrinutosti u vezi sa sposobnošću javnosti da pažljivo prouči informacije i potencijalnu izgradnju odnosa putem interakcije na društvenim mrežama.

3.5.1. Teorija situacijske krizne komunikacije

Teorija situacijske krizne komunikacije (SCCT) razvijena je 1995. godine, a dorađena i preimenovana 2002. godine [58]. SCCT je bio motiviran nepostojanjem modela za povezivanje krize sa strategijama odgovora na krizu (ono što krizni komunikatori govore i rade tijekom krize) i kriznim situacijama. SCCT povezuje krizu i strategije odgovora na krizu te tipove kriza kroz objektiv teorije atribucije. Kroz odgovor na krizu, pojedinci nastoje razumjeti zašto se krizni događaj dogodio. Rad je istaknuo važnost atribucija, navodeći da one utječu na to kako se ljudi osjećaju i reaguju na neki događaj. Prema SCCT-u, krize su štetni događaji zbog kojih ljudi osuđuju tijela za upravljanje kriznim situacijama, a pravovremeni odgovor čuva reputaciju upravljanja kriznim situacijama [59]. Digitalno okruženje, uglavnom platforme društvenih medija, omogućuje pojedincima da izazovu upravljanje krizom zbog javnog angažmana u odgovoru na krizu putem društvenih medija, što također pomaže u procesu oporavka. Na društvenim mrežama kriza utječe na način na koji se krizni odgovor formira i vodi. Stoga se odgovor na krizu i interakcija društvenih medija koriste za rješavanje situacije kada kriza nastupi. Ovo je pokazalo učinkovitost

odgovora na krizne situacije i interakcije društvenih medija u pomaganju ljudima koji se oporavljaju od krize.

Nadalje, odgovor na krizu odnosi se na odgovor dionika (javnosti i uprave) na krizu. O tome se govori u društveno posredovanom kriznom komunikacijskom modelu (SMCC), koji se fokusira na vrste javnosti, izvore informacija i format informacija. Odgovor na krizu omogućuje dionicima stvaranje sadržaja koji izražava njihova stajališta o krizi ili subjektu koji njome upravlja. Razumijevanje cjelokupnog raspona emocija javnosti povećava učinkovitost strategija odgovora na krizu [60], a sve one imaju učinak na sposobnost javnosti da se oporavi. U literaturi o kriznom menadžmentu često se spominju tri faze kriznog menadžmenta: parakriza, kriza i postkriza. Kao što je slučaj s odgovorima na krizu, smatra se da priroda parakrize određuje parakrizni odgovor koji će najučinkovitije ublažiti krizni rizik [58]. Odgovor na krizu ima učinak na otpornost i interakciju društvenih medija. Odnos otpornosti na krizu posredovan je odgovorom na krizu i interakcijom društvenih medija.

3.5.2. Interaktivni model krizne komunikacije

Model interaktivnog kriznog komuniciranja (ICCM) relativno je nov u literaturi o kriznom komuniciranju, koja se temelji na SCCT, SMCC i tradicionalnim strategijama kriznog komuniciranja (CCS). ICCM je izgrađen za društvene medije, demonstrirajući i predstavljajući potpunu interakciju dionika u digitalnom okruženju. Budući da svi sudjeluju u odgovoru na krizu, model ponovno potvrđuje SMCC klasifikaciju javnog angažmana i interakcija. ICCM pokazuje važnost društvene interakcije demonstrirajući njezinu sposobnost pružanja jednog od četiriju zadovoljenja identificirana u teoriji korištenja i zadovoljenja (UGT) [61]. Cijeli ICCM naziva se interaktivnim modelom, budući da ilustrira temeljne elemente interakcije kriznog menadžmenta s javnošću. Slično tome, interakcija je temeljna komponenta STREMI modela [59]. ICCM pokazuje zašto je društvena interakcija kritična u odgovoru na krizu društvenih medija. Prema ICCM modelu, budući da su društveni mediji objekt ili okruženje koje omogućuje grupama i pojedincima suradnju, sadržaj može biti u obliku teksta, slike, zvuka ili njihove kombinacije, što se naziva sadržajem interakcije [61].

3.5.3. Model otpornosti na katastrofe i uloga društvenih medija

Model socijalno uvjetovane otpornosti na katastrofe (SMDR) pokazao je kako je korištenje društvenih medija integrirano u izgradnju otpornosti, a raspravlja o njegovu potencijalu za povećanje otpornosti hotela. Studija povezuje literaturu o otpornosti i upravljanju katastrofama koristeći revidirani 3Rs (robustnost, brzina i redundantnost) model otpornosti. Zatim se raspravljalo o društvenim medijima kao robusnoj tehnologiji koja se koristi u krizi, za povećanje brzine komunikacije i distribucije informacija (brzina) [62] te za redistribuciju ciljanih informacija većem broju putem *crowdsourcinga* (redundancije). Općenito, postoji dovoljno literature o tome kako društveni mediji otkrivaju i dokumentiraju katastrofe, šalju i primaju pomoć, šire upozorenja i traže donacije i volontiranje [61]. Stoga je robusnost društvenih medija omogućila javnosti sudjelovanje u raspravama o kriznom komuniciranju, uspostavljajući ih kao vitalne resurse. Dodatno, informacije se mogu brzo i široko distribuirati putem odgovora na krizu društvenih medija i društvene interakcije. Dok je otpor prvi idealni ishod nakon krize, robusnost, brzina i redundantnost (3Rs) ključni su za povećanje otpornosti na štetne učinke krize ili katastrofe [62]. Stoga je bitno istražiti učinak napora upravljanja krizom budući da je njihova uloga jačanje odnosa i poboljšanje otpornosti zajednice. Sukladno tome, odgovor na krizu i interakcija društvenih medija posreduju u odnosu otpornosti na krizu kao što sugerira sljedeća hipoteza.

Otpornost je sposobnost da se mentalno ili emocionalno nosimo s krizama ili da se brzo vratimo u stanje prije krize. Otpornost javnosti važna je za razumijevanje utjecaja napora upravljanja krizom (organizacije) u dolasku krize. Akcija upravljanja kriznim situacijama usmjerena je na poboljšanje odnosa i povećanje otpornosti zajednice [61]. Konceptualni model pokazuje da kriza, odgovor na krizu i interakcija društvenih medija imaju značajan utjecaj na sposobnost ljudi da se oporave od krize.

3.5.4. Moć medija u kriznim situacijama

Moć medija u kriznim situacijama je neosporna jer oni imaju značajan utjecaj na percepciju javnosti o organizaciji i upravljanju tijekom kriznih situacija. Mediji igraju ključnu ulogu u oblikovanju javnog mnijenja, širenju informacija i utvrđivanju prioriteta u kriznim vremenima. Njihov se utjecaj očituje na nekoliko razina [62].

- **Širenje informacija:** mediji su glavni kanal putem kojeg se šire informacije o krizama, uključujući uzroke, opasnosti, sigurnosne mjere i upute za postupanje. Kvalitetna i pravodobna informacija ključna je za javnost kako bi se osiguralo pravilno razumijevanje situacije i poticanje odgovarajućih postupaka.
- **Oblikovanje percepcije:** način na koji mediji izvještavaju o kriznim situacijama može značajno utjecati na percepciju javnosti o organizaciji i upravljanju krizom. Pozitivan i pouzdan prikaz organizacijskih napora može izgraditi povjerenje javnosti u sposobnost upravljanja krizom, dok negativan ili senzacionalistički pristup može potkopati povjerenje i izazvati paniku ili neodgovarajuće reakcije.
- **Oblikovanje političkih i društvenih odgovora:** medijsko izvještavanje može utjecati na političke odluke i društvene reakcije tijekom krize. Politike, strategije i prioritete koje promoviraju mediji mogu imati ključnu ulogu u oblikovanju reakcije vlasti i javnosti. Također, medijski pritisak može potaknuti promjene u politici ili upravljanju krizom.
- **Utjecaj na ponašanje javnosti:** mediji mogu imati značajan utjecaj na ponašanje javnosti tijekom kriznih situacija. Senzacionalističko izvještavanje ili širenje dezinformacija može izazvati paniku, masovno nepoželjno ponašanje ili nepotrebne rizike. S druge strane, odgovorno i informativno izvještavanje može potaknuti smirene i racionalne reakcije.

Kako bi se iskoristila moć medija na konstruktivan način tijekom kriznih situacija, ključno je da organizacije i vlasti surađuju s medijima kako bi osigurale pravovremenu, točnu i uravnoteženu informaciju. Transparentnost, otvorena komunikacija i suradnja s medijima mogu pomoći u izgradnji povjerenja javnosti, smanjenju panike i poboljšanju upravljanja krizom. Također, educiranje javnosti o ulozi medija u kriznim

situacijama može doprinijeti boljem razumijevanju i suzbijanju širenja dezinformacija [63].

3.5.5. Utjecaj medija na sestrinsku profesiju za vrijeme pandemije COVID-19

Utjecaj medija na sestrinstvo za vrijeme pandemije COVID-19 predstavlja ključnu komponentu u oblikovanju percepcije javnosti, upravljanju krizom i pružanju informacija. Mediji su imali snažan utjecaj na to kako su sestre prikazane i percipirane tijekom ove globalne zdravstvene krize. Mediji su imali važnu ulogu u informiranju javnosti o pandemiji, uključujući objavljivanje informacija o mjerama prevencije, simptomima, aktualnim statistikama i uputama za javno zdravstvo. Kroz izvještavanje o svakodnevnim događajima, mediji su osigurali transparentnost i pravovremenu informaciju, što je ključno za suzbijanje širenja virusa i podršku zdravstvenim radnicima [61].

Osim toga, mediji su imali značajan utjecaj na percepciju javnosti o ulozi sestara u borbi protiv pandemije. Prikazi sestara kao heroja na prvoj crti borbe protiv virusa COVID-19 često su poticali divljenje i podršku javnosti. Njihova požrtvovnost, hrabrost i predanost pacijentima često su bili istaknuti putem medijskih priča, fotografija i videa. Ovakav pozitivan prikaz pomogao je u podizanju svijesti o važnosti uloge sestara te je ojačao njihov ugled u društvu. Međutim, s druge strane, mediji su također mogli utjecati na stvaranje negativnih stereotipa ili predrasuda o sestrinskoj profesiji. Ponekad su se sestre suočavale s nedostatkom resursa, zaštitne opreme i podrške, što je također bilo reflektirano u medijskim izvještajima [62]. To je moglo dovesti do osjećaja nepravde ili nevjerice u pogledu njihove uloge i važnosti u sustavu zdravstvene skrbi.

Stoga je važno naglasiti da je pravilno izvještavanje i kontekstualizacija ključna u stvaranju realne slike o ulozi sestara tijekom pandemije. Edukacija novinara o sestrinskoj praksi i kontekstu kriznih situacija može pomoći u sprječavanju širenja netočnih informacija i negativnih percepcija. Utjecaj medija na sestrinstvo tijekom pandemije COVID-19 bio je dvostruk [63]. S jedne strane, medijski prikazi o hrabrosti i predanosti sestara pomogli su u podizanju svijesti i podršci, dok su, s druge strane, nedostatak resursa i izazovi s kojima su se suočavale sestre također bili evidentirani

putem medijskih izvještaja. Stoga je ključno osigurati da mediji pružaju točne i uravnotežene informacije o ulozi sestara u kriznim situacijama kako bi se ojačala javna podrška i poštovanje prema ovoj važnoj profesiji.

Uloga sestrinstva i medija za vrijeme pandemije COVID-19 bila je ključna, kako u informiranju javnosti tako i u oblikovanju percepcije o zdravstvenoj situaciji i ulozi zdravstvenih radnika. Sestrinstvo, kao srž zdravstvenog sustava, imalo je izuzetno važnu ulogu u borbi protiv pandemije, a mediji su bili ključni kanal za komunikaciju s javnošću. Mediji su pružali platformu za prijenos relevantnih informacija o koronavirusu, uključujući smjernice za prevenciju, simptome bolesti, mjere zaštite i upute o postupanju u slučaju sumnje na infekciju [64]. Kroz izvještavanje o iskustvima zdravstvenih djelatnika, mediji su omogućili javnosti uvid u izazove s kojima se susreću sestre i ostalo medicinsko osoblje tijekom pandemije, potičući empatiju i podršku prema njihovu radu.

Također, mediji su imali ulogu u podizanju svijesti o važnosti poštivanja javnozdravstvenih mjera i solidarnosti s medicinskim osobljem. Kroz medijske kampanje javnosti su predočene informacije o važnosti nošenja maski, održavanja fizičke distance i pridržavanja drugih preventivnih mjera radi suzbijanja širenja virusa. Sestrinstvo je bilo ključno u pružanju skrbi oboljelima od koronavirusa, kao i u provođenju mjera prevencije i kontrole infekcije. Sestre su se suočavale s izazovima poput nedostatka zaštitne opreme, preopterećenosti sustava zdravstvene skrbi te emocionalnog i fizičkog iscrpljenja. Medijsko izvještavanje o njihovom radu pružilo je javnosti uvid u te izazove te ju potaknulo na podršku i solidarnost prema medicinskom osoblju [63]. Uz to, mediji su bili platforma za promicanje važnosti mentalnog zdravlja zdravstvenih radnika, uključujući i medicinske sestre, te su pružali informacije o resursima i podršci dostupnoj za suočavanje sa stresom i traumom uzrokovanom pandemijom.

4. Zaključak

Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu tijekom pandemije COVID-19 predstavlja izuzetno kompleksan izazov koji zahtijeva brze i inovativne pristupe kako bi se osigurala sigurnost zdravstvenih radnika, očuvala funkcionalnost sustava i pružila kvalitetna skrb pacijentima. Prikazane usporedbe upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu između Hrvatske i svijeta otkrivaju niz zajedničkih elemenata, ali i specifičnosti koje proizlaze iz regionalnih razlika, infrastrukture i dostupnosti resursa.

U Hrvatskoj, kao i u mnogim zemljama, prioritet je bio zaštita zdravlja zaposlenika, osiguravanje potrebne opreme i prilagodba radnih uvjeta. Brza reakcija u edukaciji zdravstvenog osoblja, povećanje kapaciteta radne snage i pružanje psihološke podrške predstavljaju ključne strategije. Transparentnost komunikacije i prilagodba politika zapošljavanja također su imale ključnu ulogu u očuvanju stabilnosti i motivacije zdravstvenog osoblja.

Globalno gledano, suočavanje s pandemijom donijelo je zajedničke izazove, poput pristupa osobnoj zaštitnoj opremi i brze implementacije novih protokola. Međutim, raznolikost zdravstvenih sustava rezultirala je različitim strategijama i prioritetima. Solidarnost i međunarodna suradnja postali su ključni kako bi se dijelile najbolje prakse, resursi i znanje.

Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu tijekom pandemije COVID-19 zahtijevalo je holistički pristup, u kojem se ističe važnost fleksibilnosti, inovacija i brze adaptacije na nepredvidive situacije. Naučene vrijednosti iz ove pandemije moraju poslužiti kao temelj za jačanje otpornosti zdravstvenih sustava diljem svijeta, kako bi se osiguralo da buduće izazove možemo dočekati s većom pripravnosću, solidarnosću i učinkovitosću.

5. Literatura

- [1] C.C. Lai, T.P. Shih, W.C. Ko, H.J. Tang, P.R. Hsueh. „Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2) and corona virus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges“. *International journal of antimicrobial agents*. 2020:105924.
- [2] G. Farnoosh, G. Alishiri, S.R. Hosseini Zijoud, R. Dorostkar, A. Jalali Farahani. „Understanding the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus Disease (COVID-19) Based on Available Evidence—A Narrative Review“. *J Mil Med*. 2020;22(1):1–11.
- [3] J. Shigemura, R.J. Ursano, J.C. Morganstein, M. Kurosawa, D.M. Benedek. „Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations“. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020;1: 32–41.
- [4] R. Habibi, G.L. Burci, T.C. de Campos, D. Chirwa, M. Cinà, S. Dagrón, et al. „Do not violate the International Health Regulations during the COVID-19 outbreak“. *The Lancet*. 2020;395(10225):664–6.
- [5] E. Rezabeigi-Davarani, S. Bokaie, V. Mashayekhi, L. Sharifi, R. Faryabi, S. Alian Samakkhah, et al. „Epidemiological and Clinical Characteristics of COVID-19 Patients Studied by Jiroft University of Medical Sciences: Southeast of Iran“. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. 2021;29(136):302–8.
- [6] G. Larbi. „Human Resources Management in the Public Hospital Case of the University Hospital Centre of Oran. *European Journal of Economics and Business Studies*“. 2017;3(2): 100–15.
- [7] G.M. Carcich, K.R. Rafti. „Experienced registered nurses’ satisfaction with using self-learning modules versus traditional lecture/discussion to achieve competency goals during hospital orientation. *Journal for nurses in staff development: JNSD: official journal of the National Nursing Staff Development Organization*“. 2007;23(5):214–20; 21–2.

- [8] S. Pallikadavath, A. Singh, R. Ogollah, T. Dean, W. Stones. „Human resource inequalities at the base of India’s public health care system. *Health & place*“. 2013; 23:26–32.
- [9] V. Narasimhan, H. Brown, A. Pablos-Mendez, O. Adams, G. Dussault, G. Elzinga, et al. „Responding to the global human resources crisis. *Lancet* (London, England)“. 2004; 363 (9419):1469–72.
- [10] D. Huber. „Leadership and Nursing Care Management 640pp pound 48.99 Elsevier Fifth edition“ 2004:25.
- [11] G. Dussault, M.C. Franceschini. „Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human resources for health* „. 2006; 4(1): 1–16.
- [12] L. Gallagher. „Continuing education in nursing: a concept analysis. *Nurse education today*“. 2007; 27(5): 466–73.
- [13] C. Parish. „Staff development framework too complicated, says leading manager. *Nursing Standard*“. 2008; 22(46): 11–2.
- [14] C.V. Som. „Clinical governance and attention to human resources. *British Journal of Healthcare Management*“. 2011; 17(11): 531–40.
- [15] WHO. Organization WH. „Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations: World Health Organization“; 2010.
- [16] S.M. Kabene, C. Orchard, J.M. Howard, M.A. Soriano, R. Leduc. „The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum Resour Health*“. 2006; 4(1): 1–7.
- [17] A. Mahani A, M. Barani, M. Bahrami, G. Goudarzi. „Cost price Estimation of Radiology Services in Shafa Hospital, Kerman. *Journal of health school*“. 2010; 10: 50–61.

[18] M. Keshvari, A. Shirdel, M. Taheri Mirghaedi, A.R. Yusefi. „Challenges in the Optimal Management of Human Resources in Hospitals: A Qualitative Study. J Qual Res Health Sci“. 2020; 7 (4): 349–360.

[19] J.B. Carnevale, I. Hatak. „Employee adjustment and well-being in the era of COVID-19: Implications for human resource management. Journal of Business Research“. 2020; 116:183–7.

[20] World Health Organization: WHO; 2021.

Dostupno na: <https://covid19.who.int/>

Pristupano: 29.12.2023.

[21] M. Rassouli, H. Ashrafizadeh, A. Shirinabadi Farahani, M.E. Akbari. „COVID-19 Management in Iran as One of the Most Affected Countries in the World: Advantages and Weaknesses. Front Public Health“. 2020;8: 510.

[22] Islamic Republic of Iran Ministry of Health and Medical Education (MOHME); 2021.

Dostupno na: <http://ird.behdasht.gov.ir>

Pristupano: 02.01.2024.

[23] M. Behzadifar, M.K. Ghanbari, A. Bakhtiari, M. Behzadifar, N.L. Bragazzi. „Ensuring adequate health financing to prevent and control the COVID-19 in Iran. International Journal for Equity in Health“. 2020; 19(1): 61.

[24] R.P. Holley. „Applications of social research methods to questions in information and library science. portal: Libraries and the Academy“. 2009; 9(4): 517–8.

[25] J. Ritchie, J. Lewis, C.M. Nicholls, R. Ormston. „Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers. Thousand Oaks, CA: Sage“; 2013.

[26] Eurostat. Eurostat Data Browser. Population on January 1. Luxembourg–Eurostat; 2021.

Dostupno na:

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00001/default/table?lang=en>

Pristupano: 06.01.2024.

[27] B. Rechel, M. McKee. „Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Lancet*“. 2009;374(9696):1186–1195.

[28] R. Dobrinsky. „The transition crisis in Bulgaria. *Cambridge J Econ*“. 2000;24(5):581–602.

[29] D. Constantin, Z. Goschin, A. Raluca. „The Romanian economy from transition to crisis. Retrospects and prospects. *World J Soc Sci*“. 2011;1(3):155–171.

[30] R. Ostojić, V. Bilas, S. Franc. „Challenges for health care development in Croatia. *Coll Antropol*“. 2012;36(3):707–716.

[31] Eurostat. Eurostat database. Luxembourg–Eurostat; 2021.

Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Pristupano: 07.01.2024.

[32] A. Džakula, D. Vočanec, M. Banadinović, M. Vajagić, K. Lončarek, I. Lukačević Lovrenčić, et al. „Croatia: Health System Review. *Health Syst Transit*“. 2021;23(2):146.

[33] A. Dimova, M. Rohova, S. Koeva, et al. „Bulgaria: Health System Review. *Health Syst Transit*“. 2018;20(4):1–256.

[34] C. Vladescu, S.G. Scintee, Olsavszky V., Hernandez-Quevedo C., Sagan A. Romania: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2016;18(4):1–170.

[35] European Bank for Reconstruction and Development. Life in Transition Survey III–A decade of measuring transition. London–European Bank for Reconstruction and Development; 2016.

Dostupno na:

<https://www.ebrd.com/what-we-do/economic-research-and-data/data/lits.html>

Pristupano: 07.01.2024.

[36] J. Cylus, I. Papanicolas. „An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage? Health Policy“. 2015;119(9):1133–1144.

[37] K. Oliver, T. Lorenc, J. Tinkler, C. Bonell. „Understanding the unintended consequences of public health policies: The views of policymakers and evaluators. BMC Public Health“. 2019;19:1057.

[38] European Observatory on Health Systems and Policies/European Commission/WHO Europe. COVID-19 Health System Response Monitor (HSRM). 2021.

Dostupno na:

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hcrm>

Pristupano: 08.01.2024.

[39] B. Rechel, A. Maresso, E. van Ginneken. „Health Systems in Transition. Template for authors. Copenhagen–World Health Organization (acting as the host for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)“; 2019.

[40] E. Puca, R. Čivljak, J. Arapović. et al. „Short epidemiological overview of the current situation on COVID-19 pandemic in Southeast European (SEE) countries. J Infect Dev Ctries“. 2020;14(5):433–437.

[41] S. Dascalu. „The successes and failures of the initial COVID-19 pandemic response in Romania. Front Public Health“. 2020;8:344.

[42] I. Gherghel I, M. Bulai. „Is Romania ready to face the novel coronavirus (COVID-19) outbreak? The role of incoming travelers and that of Romanian diaspora. Travel Med Infect Dis“. 2020;34.

[43] A. Sagan A, L. Bryndova, I. Kowalska-Bobko, et al. „A reversal of fortune: Comparison of health system responses to COVID-19 in the Visegrad Group during the early phases of the pandemic. Health Policy“. 2021

[44] I.S. Saunes, K. Vrangbæk, H. Byrkjeflot, et al. „Nordic responses to COVID-19: Governance and policy measures in the early phases of the pandemic [published online ahead of print, Health Policy. 2021:520-21

- [45] W. Al-Salem, P. Moraga, H. Ghazi, S. Madad, P.J. Hotez. „The emergence and transmission of COVID-19 in European countries, 2019–2020: A comprehensive review of timelines, cases and containment. *Int Health*“. 2021;13(5):383–398.
- [46] A. Srbljinović, J. Božić, B.D. Fath. „Croatian crisis management system's response to COVID-19 pandemic through the lens of a systemic resilience model. *INDECS*“. 2020;18(4):408–424.
- [47] D. Nitzan, I. Perehinets, J.S. Meyer, C.A. Smallwood. „Drawing lessons on better governing for emergencies for improved resilience against health emergencies. *Eurohealth*“. 2021;27(1):16–19.
- [48] A. Sagan, E. Webb, R. Dheepa, M. Karanikolos, L.G. Scott. „Health system resilience during the pandemic: It's mostly about governance. *Eurohealth*“. 2021;27(1):10–15.
- [49] N.L. Nathan, N.A. Muscat, J. Middleton, W. Ricciardi, G. Permanand. „Public health leadership and the COVID-19 pandemic in Europe. *Eurohealth*“. 2021;27(1):4–9.
- [50] C.A. Smallwood, I. Perehinets, J.S. Meyer, D. Nitzan. „WHO's emergency response framework: A case study for health emergency governance architecture. *Eurohealth*“. 2021;27(1):20–25.
- [51] Z. Đogaš, L. Lušić Kalcina, I. Pavlinac Dodig, et al. „The effect of COVID-19 lockdown on lifestyle and mood in Croatian general population: A cross-sectional study. *Croat Med J*“. 2020;61(4):309–318.
- [52] S. Pišot, I. Milovanović, B. Šimunič B, et al. „Maintaining everyday life praxis in the time of COVID-19 pandemic measures (ELP-COVID-19 survey) *Eur J Public Health*“. 2020;30(6):1181–1186.
- [53] G. Permanand, N.A. Muscat. „Responding to the COVID-19 pandemic in Europe: Towards stronger policy that incorporates the impact of social disparities. *Eurohealth*“. 2021;27(1):26–31.

- [54] M. Jakab, N. Limaro Nathan, G. Pastorino, et al. „Managing health systems on a seesaw–Balancing the delivery of essential health services whilst responding to COVID-19. *Eurohealth*“. 2020;26(2):63–67.
- [55] K. Kalanj, R. Marshall, K. Karol, M.K. Tiljak, S. Orešković. „The impact of COVID-19 on hospital admissions in Croatia. *Front Public Health*“. 2021:1307.
- [56] E. Richardson, D. Aissat, G.A. Williams, N. Fahy. „Keeping what works: Remote consultations during the COVID-19 pandemic. *Eurohealth*“. 2020;26(2):73–76.
- [57] E. Richardson, D. Aissat, G.A. Williams, N. Fahy. „Keeping what works: Remote consultations during the COVID-19 pandemic. *Eurohealth*“. 2020;26(2):73–76.
- [58] D.A. Gruber, R.E. Smerek, M.C. Thomas-Hunt, E.H. James. The real-time power of twitter: Crisis management and leadership in an age of social media. *Business Horizons*. 2015;58:163–172.
- [59] J.F. Hair, M.C. Jr, Howard, C. Nitz. Assessing measurement model quality in pls-sem using confirmatory composite analysis. *Journal of Business Research*. 2020;109:101–110.
- [60] A.F. Hayes, M. Scharkow. The relative trustworthiness of inferential tests of the indirect effect in statistical mediation analysis: Does method really matter? *Psychological Science*. 2013;24:1918–1927.
- [61] I. Hellsten, S. Jacobs, A. Wonneberger. Active and passive stakeholders in issue arenas: A communication network approach to the bird flu debate on twitter. *Public Relations Review*. 2019;45:35–48.
- [62] J. Henseler, C.M. Ringle, M. Sarstedt. A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 2015;43:115–135.
- [63] J. Henseler, F. Schuberth. Using confirmatory composite analysis to assess emergent variables in business research. *Journal of Business Research*. 2020;120:147–156.

[64] K.M. Malecki, J.A. Keating, N. Safdar. Crisis communication and public perception of covid-19 risk in the era of social media. *Clinical Infectious Diseases*. 2021;72:697–702.

Popis tablica

Tablica 2.5.1. Izazovi upravljanja zdravstvenim ljudskim resursima tijekom pandemije COVID-19.....	20
Tablica 3.1.1. Ključni pokazatelji zdravstvenog sustava.....	35
Tablica 3.2.1. Mehanizmi upravljanja povezani s odgovorom zdravstvenog sustava na COVID-19.....	37

Popis slika

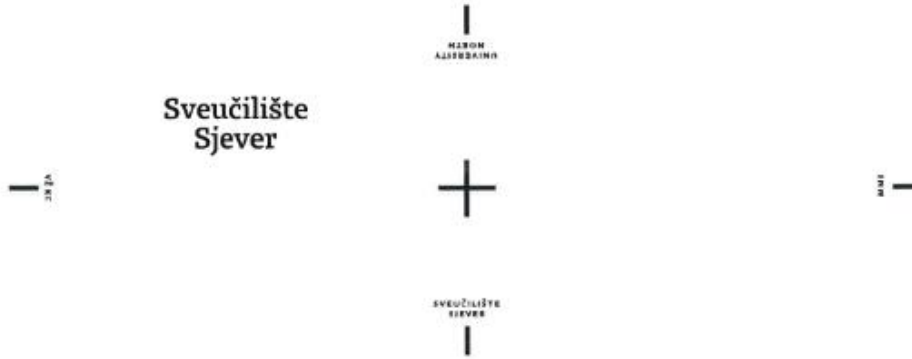
Slika 3.2.1. Prikaz medicinskih sestara i liječnika u mnogim drugim zemljama EU

Izvor: State of Health in the EU · Hrvatska · Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019. godine.....38

Slika 3.2.2. Broj liječnika i medicinskih sestara u Hrvatskoj u odnosu na prosjek EU

Izvor: State of Health in the EU - Hrvatska, Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021. godine.....38

Prilog 1. Izjava o autorstvu



IZJAVA O AUTORSTVU I SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, UPRAVLJANJE UPOSREDAVAJUĆIM USLUGAMA U PROMETU NEKRETNIM DOBROVREMENI (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom UPRAVLJANJE UPOSREDAVAJUĆIM USLUGAMA U PROMETU NEKRETNIM DOBROVREMENI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

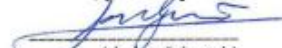
Student/ica:
(upisati ime i prezime)


(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objeiti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, DAKIO GAZIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom UPRAVLJANJE UPOSREDAVAJUĆIM USLUGAMA U PROMETU NEKRETNIM DOBROVREMENI (upisati naslov) čiji sam autor/ica. U PRILICNIM SITUACIJAMA U ZAKONU

Student/ica:
(upisati ime i prezime)


(vlastoručni potpis)