

Sigurnost pacijenata

Jušić, Snježana

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:362529>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-28**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Snježana Jušić

Sigurnost pacijenata

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Snježana Jušić

Sigurnost pacijenata

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ u Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite pod vodstvom doc. dr. sc. Danijele Štimac i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014./2015.

Sadržaj

Sažetak

Summary

1. Uvod.....	1
1.1. Što je pogreška?	3
1.2. Vrste pogrešaka	4
1.3. Sigurnost pacijenata.....	5
1.3.1. Procjena sigurnosti pacijenta	7
1.3.2. Alati za procjenu ili mjerenje bolesnikove sigurnosti	9
1.3.3. Metode za poboljšanje kvalitete	11
1.3.4. Sigurnost pacijenta u Europskoj uniji.....	13
2. Ciljevi rada i hipoteze	15
3. Materijal i metode	16
4. Rezultati	17
4.1. Legislativa i trenutna situacija sigurnosti pacijenata u Hrvatskoj	17
4.2. Anketni upitnik	22
4.2.1. Prikaz rezultata anketnog upitnika	23
5. Rasprava.....	30
5.1. Ograničenja istraživanja	34
6. Zaključak	36
7. Zahvale.....	38
8. Literatura	38
9. Životopis.....	42
10. Prilog: Anketni upitnik.....	45

Sažetak

Sigurnost pacijenata

Snježana Jušić

Danas svi s pravom očekuju najbolju zdravstvenu skrb, a sigurnost u primanju zdravstvene skrbi izazov je i prioritet svakog zdravstvenog sustava. Stoga bi bolesnik i njegova sigurnost trebali biti u središtu kvalitetne zdravstvene zaštite.

Cilj: ovo istraživanje ima za cilj objasniti stavove medicinskih sestara OB Šibenik o sigurnosti pacijenata s obzirom na postojeću zakonsku regulativu u RH.

Metode: diplomski rad napravljen je pomoću analize stručne i znanstvene literature na temu sigurnosti pacijenata, zakonskih propisa o sigurnosti pacijenata u Hrvatskoj, te anketnog upitnika provedenog među 90 medicinskih sestara OB Šibenik u periodu od tri mjeseca.

Doprinos području: Bilo koji nenamjerni i/ili neočekivani incident koji je doveo do štete po jednog ili više pacijenata narušava njihovu sigurnost. Prema podacima raspon nepovoljnih događaja kreće se u prosjeku od 9% do 11% svih hospitaliziranih pacijenata. Polovicu tih događaja moglo se prevenirati. Osim velike štete po pacijenta, bilo fizičke, bilo psihičke, stradaju članovi obitelji i društvo u cjelini. Financijska šteta i za zdravstveni sustav često poprima ogromne razmjere, svi ti troškovi opterećuju porezne obveznike. Negativna slika u javnosti dodatno destabilizira i one koji zdravstvenu skrb pružaju i one koji tu skrb primaju.

Medicinske sestre kao najbrojniji članovi zdravstvenih timova imaju pravo i obavezu poznavati sve parametre koji mogu pridonijeti da kvaliteta njihovog

posla teče nesmetano i na najveću korist pacijenata. Za djelotvornost procesa potreban je zajednički okvir, partnerstvo koje jamči sinergiju između zdravstvenih institucija, zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Neophodna je trajna edukacija medicinskih sestara, kao i uključivanje kolegija o sigurnosti pacijenata na svim razinama obrazovanja. Iako je promišljanje o ovoj temi novijeg datuma nikako nije moguće budućnost profesionalnosti medicinskih sestara planirati van fokusa teme koja opisuje pacijentovu sigurnost.

Ključne riječi: sigurnost, pacijent, medicinska sestra, nepovoljni događaji, sinergija zdravstvenih institucija

Summary

Patient's safety

Snježana Jušić

Nowadays everybody expects the best possible health care and securing safety while receiving health care is a challenge and a priority for every health system. Therefore, the patient and his security should be at the heart of quality health care.

Objective: This study aims to explain the attitudes of nurses OB Sibenik on patient safety with respect to the existing legislation in the Republic of Croatia .

Methods: graduate work was made by analysis of professional and scientific literature on patient safety, the legislation on the safety of patients in Croatia, as well as a questionnaire conducted among 90 nurses from OB Sibenik in a period of three months.ž

Contribution to the area: Any unintended and/or unexpected incident that led to damage to one or more of patients undermines their safety. According to a range of adverse events range from an average of 9% to 11% of all hospitalized patients . Half of these events could be prevented. In addition to great damage to the patient, whether physical, mental , family members and society as a whole also get hurt. The financial damage to the health care system often takes on enormous proportions, all these costs burdening taxpayers. The negative public image further destabilize on those who provide health care, and those who receive that care.

Nurses, as the most numerous members of health teams, have the right and obligation to know all the parameters that can contribute to the quality of their

work and to the greatest benefit of patients. To obtain the effectiveness of the process, common framework is needed, a partnership that ensures synergy between health care institutions, health care professionals and patients. It is necessary to provide ongoing education for nurses, as well as the inclusion of courses on patient safety at all levels of education. Although the reflection on this subject is relatively new, it is not possible to plan out the professional future of nurses without considering patient's safety.

Keywords: safety, patient, nurses, adverse events, synergy of health institutions

1. Uvod

Neželjenih događaja u pružanju zdravstvene zaštite bilo je još od početka medicine. U 4. stoljeću prije Krista, u Grčkoj se spominje prevencija „primum nil nocere“ ,ili, ne nanijeti štetu. Kako tada, jednako i danas ne nanijeti štetu važno je koliko i pomoći onima koji pomoć trebaju.

Bolesnik i njegova sigurnost u središtu su kvalitetne zdravstvene zaštite. Danas svi s pravom očekujemo najbolju zdravstvenu skrb, a sigurnost u zdravstvenoj skrbi izazov je i prioritet svakog zdravstvenog sustava. Kako to postići, kako odgovoriti predmetom je promišljanja novijeg datuma. Usprkos znanstvenom i istraživačkom napretku u 19. i 20. stoljeću praćenje neželjenih događaja ili ishoda nije se bilježilo (osim pojedinačnih prikaza slučajeva). Prvi ozbiljniji pristup ovoj tematici započinje 1990. godine nakon izvještaja iz nekoliko zemalja koja su ukazivala na veliki porast komplikacija liječenja, kao i nažalost smrtnih ishoda zbog direktnih posljedica pogrešaka u liječenju (1). Nekako se smatra da je bolesnikova sigurnost utemeljena na odnosu između liječnika i tog istog bolesnika. Međutim, razvojem tehnologije koja igra ključnu ulogu u ishodima određenih medicinskih intervencija, pružanje zdravstvene skrbi poprima i drugu dimenziju. Zbog toga, ali i zbog svih sudionika u procesu pružanja zdravstvene skrbi, treba težiti da sustav bude što je moguće sigurniji na svim razinama. Dakle, koliko god nešto bilo „dobro“, uvijek se može bolje, a na tom putu pomažu različiti alati kojima se procjenjuje, mjeri i poboljšava.

Unatoč galopirajućem razvoju medicine, sofisticiranosti medicinske opreme, kao i sve većem usvajanju modernih i učinkovitih tehnika nadzora rizika, sve je veća mogućnost pogrešaka u zdravstvu. Prema podacima iz literature koju uključuju sve veći broj zemalja članica Europske unije oko 8%-12% bolesnika trpi nekakvu štetu koja je posljedica pogreške u liječenju (2). Jedno od izvješća američkog medicinskog instituta (Institute of Medicine) dobilo je naziv: „Griješiti je ljudski: gradi sigurni zdravstveni sustav“. Podaci koji su izneseni govore da otprilike svake godine preko 1.000.000 ljudi trpi posljedice nastale zbog krive medicinske skrbi zdravstvenih ustanova. U prosjeku od 44.000 do 98.000 osoba godišnje umire zbog medicinskih pogrešaka, dok troškovi koji opterećuju porezne obveznike iznose 37,6 milijardi dolara (3). Jasno, ovo su samo podaci koji se odnose na zdravstveni sustav SAD-a, u nekim od razvijenijih zemalja EU-a također različita istraživanja pokazuju zabrinjavajuće podatke. Raspon nepovoljnih događaja kreće se od 3,2% do 16,6% (u prosjeku 9%-11%) svih hospitaliziranih pacijenata. Pola tih događaja moglo se prevenirati. Smatra se da svaki deseti pacijent u europskim bolnicama pretrpi neku štetu ili nepovoljan događaj koji je povezan s njegovom u bolnicama, važno je naglasiti da je jedna trećina dovela do teških posljedica i smrtnih ishoda.(3)

Posljedice mogu biti fatalne (smrtni ishod), teška tjelesna ili psihička oštećenja, kao i lakša tjelesna ili psihička oštećenja. Osim devastiranja samih pacijenata, stradaju i njihove obitelji. Za zdravstveni sustav osim ogromnih financijskih troškova incidenti su stresni za osoblje. Članovi timova se demoraliziraju i postaju nezadovoljni. Troškovi parničenja također uvećavaju financijsku štetu. Tako podaci iz Velike

Britanije govore o 2,4 milijuna funti godišnjeg gubitka upravo na ime sudskih troškova.(3) Problem koji se javlja zbog nepovjerenja u zdravstveni sustav nije mjerljiv u financijskom izričaju, ali za kvalitetan rad ima veliku „otegotnu“ dimenziju. Osim direktne materijalne ili čak kaznene odgovornost za zdravstvene djelatnike, može uslijediti i gubitak licence za obavljanje posla pa problematika poprima širu dimenziju. Ipak treba uzeti u obzir da u svakodnevnom radu postoji mogućnost da se liječenje zakomplicira i tijekom ispravnog liječenja. Svrha ovog istraživanja je ukazati na izuzetnu važnost internih bolničkih i zakonskih propisa vezanih uz sigurnost pacijenata i njihovu primjenu.

Cilj istraživanja je objasniti stavove medicinskih sestara OB Šibenik o sigurnosti pacijenata s obzirom na postojeću zakonsku regulativu u RH. Korištena je kvantitativna metodologija, gdje su prikazani rezultati iz anketnog upitnika provedenog u OB Šibenik na uzorku od 90 medicinskih sestara.

1.1. Što je pogreška?

Iz brojnih i različitih razloga, objektivnih i subjektivnih, teško je nedvojbeno prepoznati što je pogreška. Zbog toga se koriste izrazi poput: komplikacija, posljedica, nesreća, nesavjesnost, nuspojava, nemar i sl. Neki od ovih termina su u funkciji da oslobode liječnike ili drugo zdravstveno osoblje odgovornosti, drugi pak uključuju osudu, a ponekad se radi i o sinonimima za neutralnost. Uzroci pogrešaka mogu biti posredni

i neposredni. Posredni uzroci najčešće su nedostatak osoblja ili sredstava za rad, loša organizacija te preopterećenost radom. Neposredni uzroci pogrešaka mogu biti propusti u komunikaciji, znanju, tehnologiji i sposobnosti nadzora samog procesa rada.

Manji dio pogrešaka ovisi o djelatniku, nezainteresiranost, nemar, alkoholizam i druge ovisnost (droge i sl.), fizičke i mentalne smetnje. I kod jedne i kod druge vrste pogrešaka (sustavne ili pojedinačne), nužni su kontrolni mehanizmi kako bi se štete koje nastaju zbog pogrešaka svele na najmanju moguću mjeru.

1.2. Vrste pogrešaka

Latentne pogreške, tj. one koje su počinjene zbog nedostataka sustava u kojem se djelatnost obavlja, čine oko 80% svih pogrešaka.

Aktivne, ili pogreške koje su počinili pojedinci (oko 20%) osobno, mogu se klasificirati kao:

- slip ili pogreška zbog nepažnje
- lapsus ili pogreška zbog zaborava
- mistake i violatin pogreške koje su u skladu sa namjerama koje su ih uzrokovale.

Također se pogreške mogu podijeliti s obzirom kada su nastale:

- dijagnostička faza
- prognostička faza
- preventivna faza
- terapijska faza.

Kao poseban realitet svakako je potrebno istaknuti pogreške nastale uslijed loše komunikacije.

Nisu sve pogreške u provođenju zdravstvene skrbi direktno štetne po pacijenta. Naime, ponekad pogreške koje se uoče u nekakvom procesu rada, a prije nego se dogodi direktni kontakt sa pacijentom, mogu dovesti i do poboljšanja istog tog procesa rada.

1.3. Sigurnost pacijenata

Bilo koji nenamjerni i/ili neočekivani incident koji je doveo do štete po jednog ili više pacijenata narušava njihovu sigurnost. Da bi se sve štete koje proizlaze iz pogrešaka liječenja mogle svesti na najmanju moguću mjeru potrebno je osigurati najbolju moguću zdravstvenu zaštitu. Jasno da svaka zemlja ima prednosti i nedostatke vlastitog zdravstvenog sustava. Međutim, nema kvalitetne zdravstvene zaštite bez sigurnosti pacijenata. Sigurnost čovjeka kao pojedinca izravno je povezana s

ljudskim pravima, a subkategorija prava je i sigurnost pacijenata. Upravo zbog toga glavna okosnica kvalitetne zdravstvene zaštite jeste stavljanje pacijenata u središte zdravstvenog sustava. A kao prirodan slijed, važno je naglasiti uključenost svih sudionika u pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite. Bolesnik u središtu kao ideja stara je nešto više od 30 godina i u početku je imala ponešto filozofske i nerealistične karakteristike. Upotrebom upitnika o iskustvu bolesnika u pružanju zdravstvene skrbi – HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) započinje radikalna promjena u poimanju bolesnikove sigurnosti.

Za djelotvornost procesa potreban je zajednički okvir, partnerstvo koje jamči sinergiju između zdravstvenih institucija, zdravstvenih djelatnika i bolesnika. Praćenje sigurnosti može se grubo podijeliti na dvije razine:

- razina sigurnosti tijekom bolničkog liječenja
- sigurnost bolesnika na svim ostalim razinama.

Svjetska zdravstvena organizacija, prepoznajući potrebu da se sigurnost pacijenta promovira kao fundamentalni princip zdravstvenih sistema, jednako primjenjuje na primarnu, sekundarnu i tercijarnu zaštitu. Kao i za sve zdravstvene profesije, u procesu promocije zdravlja, prevencije, dijagnoze, tretmana, rehabilitacije i drugih aspekata zdravstvene zaštite (4).

Bez obzira u kojem se segmentu zdravstvene zaštite pojedinac nalazi, jako je važno njegovo aktivno sudjelovanje u vlastitom liječenju. Jer nekoliko je ispitivanja pokazalo da takvo aktivno sudjelovanje povećava zadovoljstvo i suradljivost bolesnika (5).

Kada se govori o sigurnosti pacijenta svaka zemlja trebala bi imati ili ima strategiju razvoja koja se sastoji od proaktivnih, preventivnih i sistematskih pristupa. Prvi korak je prihvaćanje da se pogreške događaju, nakon njihove identifikacije treba učiti iz pogrešaka, te svim sredstvima minimalizirati njihove učinke. Prihvaćanjem sigurnosti pacijenta kao temeljne osnove kvalitetne zdravstvene zaštite, učenjem na vlastitim greškama i iskustvima drugih, može se prevenirati buduća pojava incidenata. Štoviše, ulaganje u sigurnost pacijenata i u poboljšanje kvalitete, ekonomski je isplativo za subjekt zdravstvene zaštite, kao i za širu zajednicu u cjelini.

Puni kapacitet sigurnosti pacijenata pretpostavlja sistematsko oblikovanje sigurnosnih struktura, procedura i procesa. Cilj je pogreške svesti na najmanju moguću razinu, ali isto tako priznati da su pogreške normalna ljudska slabost.

„Pogreške su činjenice života. Ono što je važno je reakcija na pogrešku“ (Nikki Giovanni, afričko-američki pjesnik, 1943.)

Dakle, oblikovanje sistema na način da se ugrađuju mehanizmi zaštite, uvažavajući sve faktore koji utječu na mogući nedostatak sigurnosti, treba biti proces koji podupiru svi pružatelji zdravstvene zaštite. Jer povjerenje na najvišem nivou sistema zdravstvene zaštite ključan je faktor za razvoj kulture sigurnosti.

Puno je čimbenika koji na direktan ili indirektan način utječu na razinu sigurnost. Tek jedna od njih je financijska komponenta koja direktno utječe na korištenje visokokvalitetnih materijala, tehničke opreme ili lijekova, odgovarajući prostori za provođenje zdravstvene skrbi. Zatim je tu dobro educirano i uvježbano osoblje koje

provodi postupke pomoću vodilja za kliničku praksu, jasnom podjelom zadataka i odgovornosti. Stvaranjem ugodne radne atmosfere i dobre komunikacije pridonosi se smanjenju razine stresa. Povećanje motivacije kod zdravstvenih djelatnika može direktno utjecati na prevenciju jer smanjuje ulogu „ljudskog faktora“ u incidentima sigurnosti pacijenata.

1.3.1. Procjena sigurnosti pacijenta

Definiranje što bi to bila sigurnost pacijenta u nekom zdravstvenom sustavu neke zemlje mora za početak uzeti u obzir postojeće stanje tog zdravstvenog sustava. Prva faza u razvoju kulture sigurnosti upravo je procjena trenutnog stanja, pritom uvažavajući sve prednosti ali i nedostatke postojeće organizacije sustava. Tako još 60-tih godina istraživač Avedis Donabedian postavlja definiciju kvalitetne medicinske skrbi kao „opseg u kojem je stvarno pružena skrb u skladu s postojećim, raspoloživim znanjem i općeprihvaćenim načelima i praksom“.

Kada se govori o razvoju kulture sigurnosti, bilo na mikro razini (npr. u nekoj zdravstvenoj ustanovi), bilo na makro razini (država), važno je naglasiti da je neophodno jako vodstvo, te pažljivo planiranje i monitoring. Međutim, možda je još važnije naglasiti da je uz jako vodstvo neizmjereno bitna uključenost svih sudionika u sustavu zdravstvene zaštite od vlade jedne zemlje do kliničkih timova.

Osiguranjem financijske i logističke potpore, učenjem o sigurnosti pacijenta na svim razinama dodiplomske i poslijediplomske nastave zdravstvenih djelatnika, šalje se jasna poruka da je upravo pacijent u fokusu zdravstvenog sustava.

Bolesnikova sigurnost inače relativno kasno dolazi u fokus zdravstvene struke i to koristeći iskustva problematike sigurnosti u industrijskim i uslužnim djelatnostima (6). Međutim, kada se jednom „priznalo“ da se u bolnicama, ali i na svim drugim mjestima događaju pogreške koje za bolesnika mogu rezultirati lakšim i smrtno ozbiljnim posljedicama, o toj tematici počelo se vrlo aktivno promišljati. Danas se zna da je od presudne važnosti za poboljšanje bolesnikove sigurnosti upravo stvaranje klime ili kulture sigurnosti među zdravstvenim djelatnicima svih profila. Tako se procjena sigurnosti bolesnika temelji na praćenju strukture, odnosno načina na koji je zdravstvena skrb organizirana, procesa, kako se skrb pruža i ishoda koji donosi rezultate liječenja.

Procjena ili mjerenje kulture bolesnikove sigurnosti pojavljuje se kao važan pokazatelj snaga ili slabosti u nekoj zdravstvenoj jedinici, a ujedno i polazište za planiranje i poduzimanje aktivnosti i mjera za poboljšanje.

1.3.2. Alati za procjenu ili mjerenje bolesnikove sigurnosti

Postoji velika potreba da se sigurnost pacijenata procjenjuje na tekućoj osnovi. Sistemskim prikupljanjem podataka i njihovom analizom, trebalo bi utvrđivati

momente kada se javljaju greške, način kako prevenirati buduće. Pokazatelje treba koristiti za krajnji cilj, a to je dobar ishod za pacijenta. U prvim istraživanjima na ovu temu kvantitativno prikupljanje podataka imalo je veliku prednost u odnosu na kvalitativne metode. Međutim, kako raste svijest o pacijentu kao pojedincu sa svim svojim specifičnostima, a uvažavajući dobru praksu holističkog pristupa, kvalitativne metode prikupljanja podataka postaju nezamjenjiv alat u praćenju sigurnosti pacijenata.

Među upitnicima ili alatima za procjenu bolesnikove sigurnosti posebno mjesto zauzimaju dva upitnika koja su u najširoj upotrebi u SAD-u gdje su nastali, ali i u drugim zemljama koje ih koriste. Ponekad se može raditi samo o određenim modifikacijama. Prvi upitnik je The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Sveučilišta u Texasu iz 2003.(7). Drugi je upitnik puno poznatiji i više korišten u našoj zemlji. Razvijen je u okviru Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2003/04. Radi se o naširoko poznatom Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) upitniku (8). Ovaj upitnik osim što je dobro prihvaćen u bolnicama, uz manje modifikacije koristi se u ambulancama, te ustanovama za njegu starijih i nemoćnih (9). Upitnik se sastoji od 51 pitanja, a na većinu se odgovara kroz pet stupnjeva Likertove skale, ili pak sa „slažem se/ne slažem se“ ili „nikad/uvijek“. Mjeri se sedam kategorija kulture sigurnosti na razini odjela:

- očekivanja rukovoditelja i njihove aktivnosti na promicanju sigurnosti
- učenje u organizaciji/kontinuiranosti poboljšanja
- timski rad na odjelu

- komunikacijska otvorenost
- iznošenje pogrešaka i odgovor na to
- nekažnjavajuće reakcije na pogrešku
- kadrovska popunjenost.

Zatim se procjenjuju tri kategorije sigurnosti na razini bolnice:

- podrška bolničkog rukovodstva bolesnikovoj sigurnosti
- timski rad između bolničkih odjela
- primopredaja i premještanje bolesnika.

Upitnik sadrži i četiri kategorije ishoda:

- prosječna percepcija sigurnosti
- učestalost izvještavanja o neželjenom događaju
- stupanj bolesnikove sigurnosti na odjelu
- broj podnesenih izvještaja o neželjenom događaju.

Osim ovih upitnika veliki broj zemalja razvio je neke vlastite ili modificirane upitnike za mjerenje kulture sigurnosti bolesnika. Međutim, treba naglasiti da većina novih članica EU još uvijek ne provode mjerenje kulture bolesnikove sigurnosti (10).

1.3.3. Metode za poboljšanje kvalitete

U pravilu bez obzira na to koji sustav kvalitete pojedina zemlja ili zdravstvena ustanova primjenjuje, obavezno je pridržavanje određenih normi. Zbrinjavanje bolesnika od kućnog do bolničkog liječenja i rehabilitacije, normama se osigurava pravilna procjena bolesnikovih potreba, a bolesnik i korisnik usluge je ujedno i izvor kontrole kvalitete. Normama se osigurava transparentnost sustava, protok informacija o tijeku liječenja, svi postupci dijagnosticiranja i liječenja temelje se na principima medicinske prakse zasnovane na dokazima. Normama se uvjetuje i dobra suradnja među svim stručnjacima uključenima u zdravstvenu skrb.

Kontrola kvalitete mjeri se pomoću unutarnjih i vanjskih pregleda. Unutarnje obavljaju zdravstveni djelatnici u kliničkom okruženju na kojem djeluju. Razgovor s bolesnicima, obiteljima, pregled medicinske dokumentacije, medicinska revizija i sl. pomažu u otklanjanju nepoželjnih događaja, njihovoj pojavnosti i dovodi do zadovoljstva pacijenta ishodom liječenja. Ovdje se ubrajaju klinički putovi, smjernice za kliničku izvedbu, protokoli i stabla odlučivanja.

Važnije od unutarnje kontrole svakako je mehanizam vanjske procjene kvalitete u zdravstvenom sustavu prema definiranim standardima. Tako mnoge zemlje imaju dobrovoljne i propisane mehanizme za vanjsku procjenu. Postoje mnoge zasebne organizacije pod nacionalnom koordinacijom ili bez nje (11).

U širem smislu uključeno je pet pristupa različitim varijanti:

1. ISO: Međunarodna organizacija za standarde nudi standarde za certifikaciju organizacija ili funkcija, provodi ih ovlašteni kontrolor. Ovi standardi primjenjivi su najviše na radiološke i laboratorijske sustave, a manje na sustav kvalitete u kliničkim odjelima.
2. Model Europske zaklade za upravljanje kvalitetom, podrazumijeva samoprocjenu, a ustanova koja ima visok stupanj usklađenosti s njihovim modelom dobiva nagradu, tzv. European Quality Award.
3. Kolegijalni pregled, obično za jednu disciplinu, a izdaje se službena potvrda za programe obučavanja.
4. Akreditacija: neovisni i dobrovoljni programi koji su razvijeni za procjenu funkcije zdravstvene skrbi, organizacije i mreže. Ocjenjuje se koliko se jedna zdravstvena ustanova pridržava standarda i postupa prema njima. Gleda se ustroj, kvalifikacija osoblja, oprema, sigurnost, a ustanova koja postupa prema propisima dobiva potvrdu od tijela koje provodi procjenu.
5. Registracija i licenciranje: ovdje se propisanim programima osigurava da stručno osoblje ili organizacije koje pružaju skrb postignu minimalne standarde stručnosti.

1.3.4. Sigurnost pacijenta u Europskoj uniji

Na temelju različitih istraživanja uglavnom se može zaključiti da je kvaliteta zdravstvene zaštite u EU visoka. No, postoji neujednačenost dostupnosti, kao i nedovoljna razvijenost strategije unaprjeđenja. Samo dio zemalja članica ima dužu tradiciju upravljanja kvalitetom u zdravstvu i uređeni pravni okvir u tom pogledu.

Zdravstveni sustavi mogu biti različito uređeni, različito organizirani, te imati različite prioritete u pogledu kvalitete, a posredno i sigurnosti pacijenata. Zbog toga je vrlo teško odrediti po kojemu modelu mjeriti učinkovitost jer dosta ovisi o strukturi zdravstvenog sustava, stupnju ekonomskog razvoja dotične zemlje, resursima kojima raspolaže. Međutim, upravo zbog toga postoji čitav niz međunarodnih organizacija koje se bave pitanjem zdravstvene skrbi i koje su utjecale na razvoj nacionalnih, regionalnih i međunarodnih strategija upravljanja kvalitetom.

Svakako najutjecajnije su: JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation, SAD), IoM (Institute of Medicine, SAD) i ISQ (International Society for Quality in Healthcare, ESQH), Vijeće Europe te Svjetska zdravstvena organizacija (WHO).

Posebna briga oko kvalitete i sigurnosti pacijenta započela je 1995. kada je Vijeće Europe osnovalo odbor eksperata za kvalitetu. 1997. godine donesene su preporuke za ministre zdravlja, prema kojima bi vlade zemalja članica trebale uspostaviti sustave kvalitete zdravstvene skrbi na svim razinama (12). Nakon toga 2000. godine

usvajanjem nove politike kvalitete u zemljama članicama EU, stavlja se naglasak na razmjenu najbolje prakse. Sljedeći koraci usmjereni su na prijedloge poboljšanja sigurnosti pacijenata, a kao prvi pokazatelji ističu se putovi prevencije i kontrola infekcije (Council Recommendations, 2008.).

Zbog uključenosti velikoga broja ljudi, proizvoda i usluga u cjelokupni zdravstveni sustav (bilo koje zemlje), zakonski okvir poprilično je širokog spektra. Određena područja regulirana su isključivo na razini EU, ali isto tako svaka članica ima samostalni zakonski okvir za određena područja. S pravnog gledišta, moguće je zemlje EU podijeliti u tri različite skupine. Prva skupina zemalja su one koje nemaju nikakav zakonski okvir kojim se regulira kvaliteta u zdravstvu, pa ni sigurnost pacijenata. Primjer ovih zemalja su: Grčka, Latvija i Malta. Određene stvari koje se tiču kvalitete zdravstvenog sustava delegirane su na svakog upravitelja zdravstvene ustanove.

Druga skupina zemalja je tek nedavno uvela zakone ili određena pravila o kvaliteti u zdravstvu. Tu spadaju: Austrija, Belgija, Bugarska, Cipar, Češka, Slovenija i još neke. U ovim zemljama upravljanje kvalitetom u zdravstvenom sustavu uglavnom je u ingerenciji ministarstva zdravlja.

Treća skupina zemalja ima već duže vremena postavljene zakonske okvire za upravljane kvalitetom i sigurnosti pacijenata. Ovu skupinu zemalja predvode Francuska i Nizozemska koje imaju najdužu tradiciju promicanja kvalitete i kojima nisu potrebne veće reforme. Ostale zemlje iz ove skupine su : Finska, Njemačka,

Irska, Italija, Luksemburg, Velika Britanija, Švedska, Danska, Poljska, Portugal i Španjolska.

2. Ciljevi rada i hipoteze

Opći cilj rada je prikazati percepciju medicinskih sestara OB Šibenik u području sigurnosti pacijenata u Hrvatskoj.

Specifični cilj 1: prikazati postojeću pozitivnu zakonsku regulativu s područja sigurnosti pacijenata.

Specifični cilj 2: prikazati stavove medicinskih sestara o ulozi bolničke uprave u poticanju brige za sigurnost pacijenata.

Specifični cilj 3: prikazati stavove medicinskih sestara o postupanju po protokolima vezanim uz sigurnost pacijenata.

Specifični cilj 4: prikazati stavove medicinskih sestara o najučestalijim oblicima pogreški u svakodnevnom radu.

H1: Medicinske sestre OB Šibenik sigurnost pacijenata percipiraju kao dio vlastite odgovornosti i imaju razvijen pozitivan stav prema svim oblicima postupanja u svrhu zaštite sigurnosti pacijenata.

3. Materijal i metode

Diplomski rad je napravljen pomoću analize stručne i znanstvene literature na temu sigurnosti pacijenata, zakonskih propisa o sigurnosti pacijenata u Hrvatskoj, te anketnog upitnika provedenog među 90 medicinskih sestara OB Šibenik u periodu od tri mjeseca. Ukupno je u OB Šibenik zaposleno 350 medicinskih sestara na različitim radilištima. Samo su 23 medicinska tehničara. Anketnim upitnikom obuhvaćena su sva radilišta, broj anketiranih sestara pojedinog radilišta je proporcionalan ukupnom broju medicinskih sestara tog radilišta (kvotni uzorak). Nenamjerno su sve anketirane medicinske sestre ženskog spola. Za potrebe istraživanja korišten je anonimni anketni upitnik koji je preuzet (<http://www.ahrq.gov/index.html>) i djelomično modificiran za potrebe ovoga istraživanja. Korištena je kvantitativna metodologija, a kod obrade podataka osnovna deskriptivna statistika. Prikazani su osnovni demografski pokazatelji uzorka, te se mjerila frekvencija odgovora na postavljena pitanja.

4. Rezultati

4.1. Legislativa i trenutna situacija sigurnosti pacijenata u Hrvatskoj

Pretpostavke za uspješno provođenje sustava za osiguranje kvalitete i poboljšanje kvalitetne zdravstvene skrbi svakako su zakonske odrednice. Prava pacijenata u Hrvatskoj po prvi put su zakonski normirana 1993. godine i to djelomice. Pravo na točno informiranje i poduku o zdravstvenom stanju, pravo na promjenu liječnika primarne zdravstvene zaštite, odbijanje kirurškog zahvata, pravo na povjerljivost informacija i još neka prava.

Sljedeći zakon koji regulira određena prava pacijenata odnosi se na osobe sa duševnim smetnjama iz 1997. godine. U ovaj zakon implementirani su najviši međunarodno-pravni standardi iz dokumenata Ujedinjenih naroda. Ovaj zakon je zapravo bio jedan od uvjeta za prijam Hrvatske u Vijeće Europe. Puno šire obuhvaćena su različita prava osoba sa duševnim smetnjama, međutim, provedba istih vrlo često zapinjala je već na prvim preprekama uzrokovanim stvarnim stanjem ljudskih ili prostornih potencijala.

Veliki korak naprijed u zaštiti prava pacijenata u RH napravljen je donošenjem zakona 2004. godine.

Ovim zakonom pacijentima se jamče sljedeća prava:

- pravo na suodlučivanje
- pravo na obavještenost
- pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka
- pravo na zaštitu pri sudjelovanju u kliničkim ispitivanjima
- pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji
- pravo na povjerljivost
- pravo na održavanje osobnih kontakata
- pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove
- pravo na privatnost
- pravo na naknadu štete

Nakon ovog najsveobuhvatnijeg zakona o pravima pacijenata sljedećih godina kroz različite oblike zakonskih i podzakonskih propisa poboljšava se legislativa. Tako se mogu nabrojiti još neki zakoni kao na primjer:

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti
NN150/08, NN155/09, NN71/10, NN139/10, NN22/11
- Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, NN107/07

2009. godine osniva se vladina Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu. Nakon toga donosi se plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite, NN114/10. Pravilnikom o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, NN79/11, definiraju se obvezatni standardi kvalitete. Sljedeći dokument koji je u upotrebi za sve bolničke zdravstvene ustanove koje su u postupku akreditacije zove se Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove, NN31/11. I posljednji je Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, NN124/2011.

Dakle, kao što je vidljivo iz priloženih dokumenata, promišljanje i mjerenje sigurnosti pacijenata u sklopu kvalitete zdravstvene skrbi svakako je novijeg datuma. Također je važno za naglasiti da je praćenje kvalitete zdravstvene skrbi ovog momenta obavezno za sve bolnice u Hrvatskoj, još uvijek nije za druge zdravstvene ustanove, primjerice Domete zdravlja. Neke od bolnica su trenutno u procesu akreditacijskog postupka, a to je opet vlastita odluka dotične bolnice. Ono što je obaveza svih u praćenju kvalitete zdravstvene skrbi je sadržano u parametrima koji se evidentiraju i analiziraju u jedinicama za kvalitetu pri ravnateljstvima bolnica.

Organizacijska struktura sustava kvalitete pokriva sve ustrojstvene jedinice bolnice preko svojih predstavnika. Na čelu je predstavnik uprave - pomoćnik ravnatelja za kvalitetu. Medicinska sestra kao obavezan dio tima u Jedinici za kvalitetu mora posjedovati menadžerska znanja i vještine, imati prethodna znanja i iskustva kliničke prakse, informatičku pismenost, pozitivne stavove u odnosu na osiguranje i unapređenje kvalitete. Svakako treba imati sveučilišnu naobrazbu. Uz prikupljanje

podataka različitih događaja, pokazatelja/indikatora kvalitete, važna je analiza i povratna informacija prema zaposlenicima. Kada se napravi unutarnja procjena jako je važna edukacija zaposlenika, a kao obaveza svakako i dokumentiranje svih pokazatelja te odrađenih postupaka u svrhu poboljšanja. Tri su kategorije pokazatelja koje se obavezno prate na razini bolničkog sustava. Prva se odnosi na kriterije pokazatelja kvalitete: vrijeme čekanja na određeni postupak, duljina boravka u bolnici, neplanirani ponovni prijem u bolnicu, neplanirani ponovni operacijski zahvat, iskorištenost operacijskih sala, zahvati uz sigurnu listu, učestalost carskog reza, ubodni incidenti i otpusna pisma.

Druga grupa pokazatelja vodi se za hitne bolničke prijeme, a sadrži pokazatelje koji se odnose na udio preživjelih pacijenta, provedeno vrijeme u HBP (Hitni bolnički prijem), broj pacijenta dovezenih unutar 12 sati.

Treća kategorija indikatora kvalitete tiče se sigurnosti osoblja i pacijenata. Što se tiče osoblja, bilježe se neželjeni događaji te pokazatelji sigurnosti.

Kod sigurnosti pacijenata svakako je na prvom mjestu smrtnost po dijagnozama, događaj koji je prethodio nekakvim ozljedama, neočekivani neželjeni događaj, sveukupna bolnička smrtnost, neželjeni događaj kod nuspojave lijekova i nadzor istog, nedostatak higijene ruku, dekubitus, pad u zdravstvenoj ustanovi, nuspojave liječenja psihoze, posljedice kirurških zahvata, te opstretitičke traume.

Jasno je da je činom ozakonjenja prava pacijenata učinjen veliki korak u približavanju standardima zaštite prava kakva uživaju stanovnici zemalja zapadne demokracije.

Međutim, implementacija tih i takvih prava u stvarnom životu u Hrvatskoj često je samo skup dobrih želja. Uzroci su mnogobrojni i različiti. Možda nedostatna informiranost ili čak needuciranost samih pacijenata dovodi da se rijetko odluče na traženje zakonom propisanih vlastitih prava. Nije nepotrebno spomenuti i još uvijek dominantno tradicionalni odnos koji postoji na relaciji naročito liječnika spram pacijenata, ali i drugog medicinskog osoblja. Kultura smo u kojoj se još uvijek najčešće ne propituju odluke istih, pa čak kada idu i na štetu autonomije pacijenta. Sveopće pomanjkanje pravne discipline u samom procesu implementacije pozitivnog zakonodavstva stvara često kod pacijenata osjećaj vlastite nemoći što dovodi do smanjenja inzistiranja na provedbi. Važno je naglasiti da problematika implementacije zakona o pravima pacijenata nije samo izražena u RH, ovaj problem imaju i druge tranzicijske zemlje srednje i jugoistočne Europe. Zaključak je da nisu dovoljni napisani zakoni, u osnaživanju prava pacijenata provođenje istih puno je veći posao.

Poštivanje prava pacijenata u punom smislu riječi trebao bi biti imperativ svih sudionika zdravstvenog sustava, medicinske sestre kao najbrojniji članovi tog istog sustava baštine istu obavezu.

Dakle, ako znamo da je primarni razlog zašto je bolesnik hospitaliziran 24-satna skrb i nadzor profesionalaca, a medicinske sestre su najdirektnije uključene u proces skrbi jako je važno očekivati upravo od medicinskih sestara maksimalno poštivanje sigurnosti bolesnika. Trenutno još uvijek u RH mnoge medicinske sestre vide kvalitetu kao posao koji treba odraditi netko drugi, time uvelike umanjuju vlastitu profesionalnost i ograničavaju moć odlučivanja o istoj. Upravo svaka medicinska

sestra mora biti svjesna ishoda poduzetih intervencija, ili nepoduzimanja intervencija. Nažalost još uvijek se na debatiranje o kvaliteti vlastitog rada i uvažavanja punih prava pacijenata na sigurnu zdravstvenu skrb reagira najčešće ljutnjom i nezainteresiranošću. Na taj se način pokušava umanjiti važnost teme sigurnost pacijenta, međutim, to dovodi do preispitivanja legalnih i ekonomskih privilegija profesionalnog statusa zdravstvenih djelatnika. Posljedično javlja se gubitak povjerenja u zdravstvene profesionalce.

4.2. Anketni upitnik

Ispitivanje na temu „sigurnost pacijenata“ provedeno je među medicinskim sestrama Opće bolnice Šibenik u periodu od tri mjeseca i obuhvatilo je 90 medicinskih sestara. Anketni upitnik sastoji se od dvadeset pitanja koja su djelomično preuzeta iz generalnog upitnika ponuđenog na web stranicama američke Agencije za istraživanje i kvalitetu zdravstvene njege (13). Pitanja su prilagođena za potrebe ovog istraživanja, a određeni broj osmišljen je i namijenjen upravo za ovu tematiku.

Odgovori na pitanja u najvećem su dijelu posloženi u vidu Likertove skale.

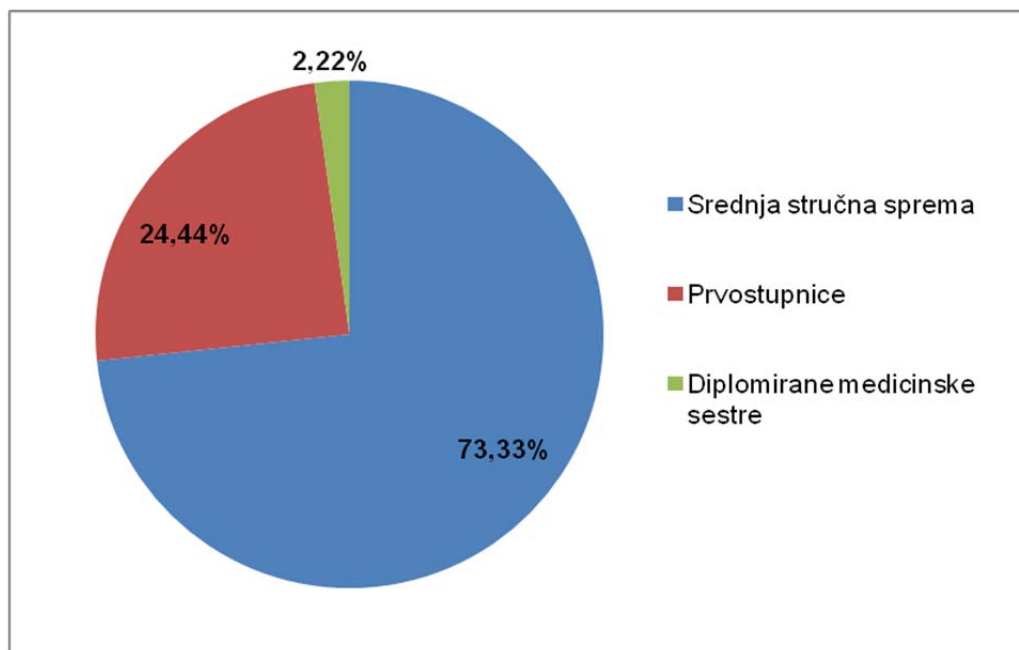
Prva grupa pitanja odnosi se na osnovne demografske pokazatelje ispitanika te se referira na stupanj obrazovanja medicinskih sestara, prosječnu životnu dob kao i godine radnog iskustva.

Druga grupa pitanja trebala bi pobliže dati odgovore koliko su medicinske sestre upoznate sa konceptom sigurnosti pacijenata. Ispitivanjem stavova medicinskih sestara o važnosti postupanja po protokolima, njihovoj svakodnevnoj praksi moguće je stvoriti sliku o trenutnoj situaciji koja govori o provedbi propisa iz područja sigurnosti pacijenata.

Anketni upitnik nalazi se u prilogu ovoga rada.

4.2.1. Prikaz rezultata anketnog upitnika

Od ukupnog broja ispitanih medicinskih sestara, njih 66 (ili 73,33%) bilo je srednje stručne spreme, prvostupnica 22 (ili 24,44%), te dvije diplomirane medicinske sestre (2,22%). Ovi rezultati prikazani su u grafikonu ispod teksta.



Slika 1. Razina obrazovanja među ispitanim medicinskim sestrama.

Kao što je vidljivo iz rezultata, medicinskih sestara srednje stručne spreme puno je više nego prvostupnica sestrinstva, a kao indikativan podatak svakako je izuzetno malo visoko obrazovanih medicinskih sestara (samo dvije diplomirane medicinske sestre).

Podjela ispitanih medicinskih sestara prema godinama života i godinama radnoga staža, te vrsti zaposlenja prikazana je u tablici broj 1.

Tablica 1. Podjela ispitanih medicinskih sestara prema godinama života i staža, te vrsti zaposlenja.

a)

	GODINE ŽIVOTA			
	<i>manje od 25</i>	<i>25 do 35</i>	<i>35 do 50</i>	<i>50 i više</i>
SSS	4	17	24	21
Prvostupnice	-	9	11	2
Diplomirane medicinske sestre	-	-	1	1

b)

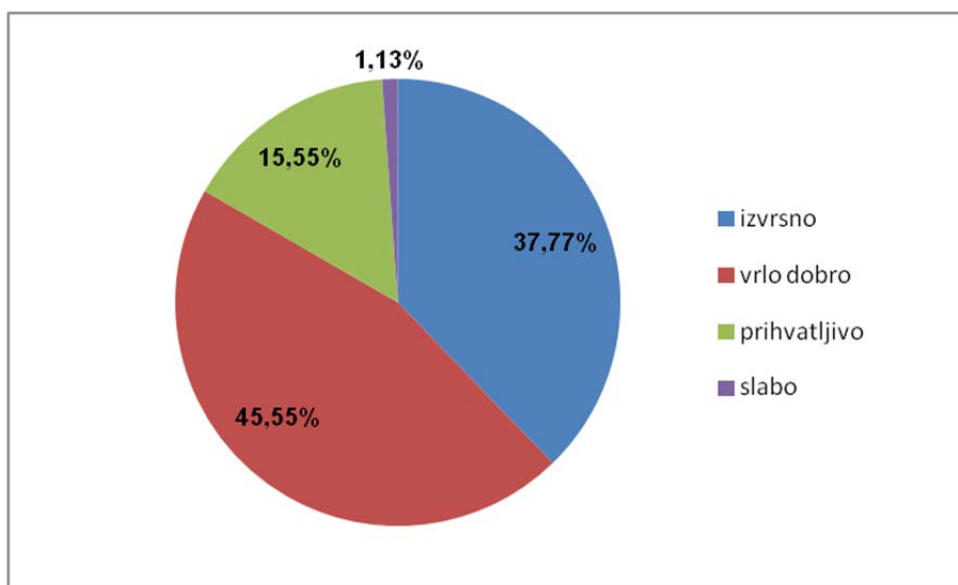
	GODINE STAŽA				
	<i>1 do 5</i>	<i>6 do 10</i>	<i>11 do 15</i>	<i>16 do 20</i>	<i>21 i više</i>
SSS	6	12	5	10	33
Prvostupnice	2	6	2	4	8
Diplomirane medicinske sestre	-	-	-	1	1

c)

	VRSTA ZAPOSLENJA			
	<i>Smjenski rad</i>	<i>Rad u ambulanti</i>	<i>Odgovorne sestre</i>	<i>Glavne sestre</i>
SSS	51	15	-	-
Prvostupnice	-	-	16	7
Diplomirane medicinske sestre	-	-	1	1

Najviše anketiranih medicinskih sestara ima između 35 i 50 godina i to srednjih medicinskih sestara i prvostupnica. Najveći broj medicinskih sestara zaposlen je u smjenskom radu, a najviše prvostupnica obnaša dužnost odgovornih medicinskih sestara.

Jedno pitanje anketnog upitnika odnosilo se na ocjenu ukupne brige o sigurnosti pacijenata na vlastitom odjelu ili ambulanti. Ponuđeni odgovori svrstani su u četiri kategorije, od slabo do izvrsno, a rezultati obrađenih podataka prikazani su u grafikonu.



Slika 2. Ocjena sigurnosti pacijenata na odjelima ispitanih sestara.

Najveći broj medicinskih sestara sigurnost pacijenata na svom radilištu ocjenjuje vrlo visokom ocjenom (vrlo dobro i izvrsno). Tek jedna srednja medicinska sestra misli da je briga o sigurnosti pacijenata slaba. Također niti jedna anketirana

medicinska sestra sveukupnu brigu oko sigurnosti pacijenata ne svrstava u kategoriju jako loše.

Rezultati iz anketnog upitnika izraženi u postocima sadržani su u Tablici 2., a obuhvaćaju četiri područja koja sigurnost pacijenata procjenjuju pomoću postavljenih pitanja.

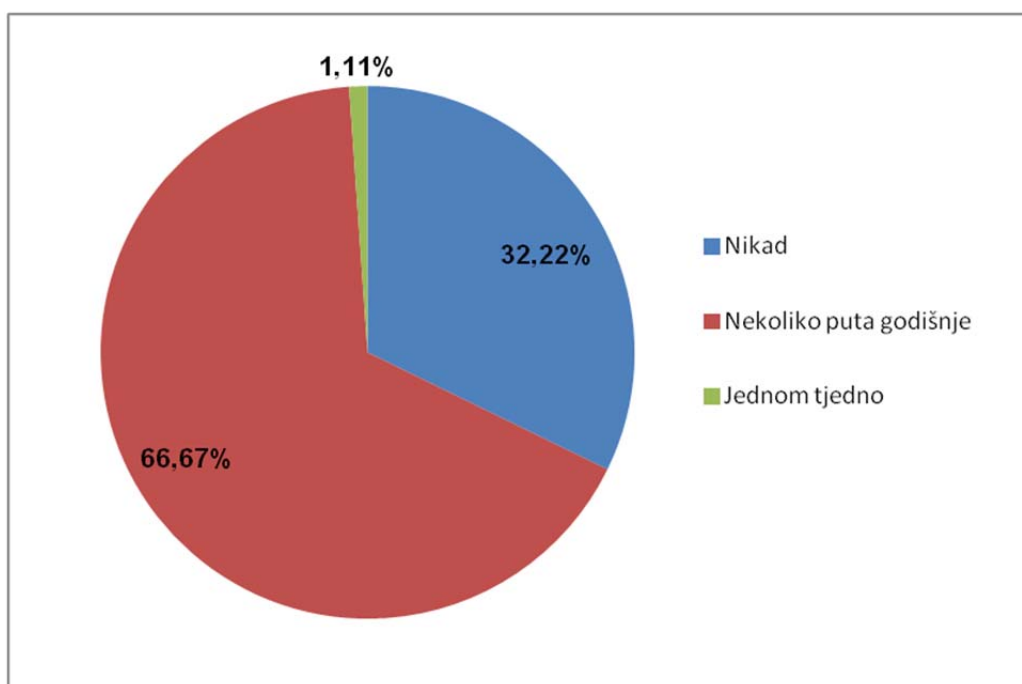
Tablica 2. Rezultati odabranih pitanja iz anketnog upitnika izraženi u postocima.

	Nikad (%)	Rijetko (%)	Ponekad (%)	Većinu vremena (%)	Uvijek (%)
<i>U našem svakodnevnom radu postupamo po protokolima i tako smanjujemo mogućnost pogreške</i>	-	2,22	5,56	37,78	54,44
<i>Kada se dogodi pogreška koja se ispravi prije nego utječe na pacijenta koliko se često to prijavljuje</i>	5,56	14,44	21,11	16,67	42,22
<i>Na odjelima raspravljamo o prevenciji grešaka koje se događaju</i>	-	1,11	13,33	55,56	30
<i>Informacije o pogreškama koje se dogode na Vašem odjelu dostupne su medicinskom osoblju</i>	1,11	3,33	17,78	47,78	30

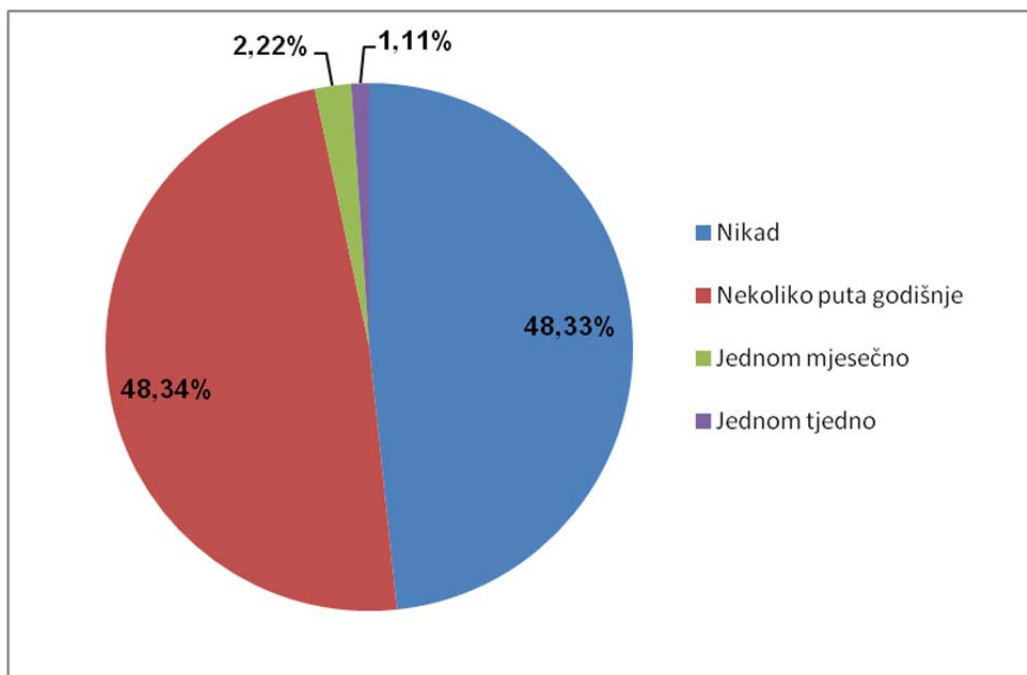
Odgovori koji su dobiveni od anketiranih medicinskih sestara u velikoj mjeri sadrže vrlo zadovoljavajuće rezultate u smislu poštivanja protokola, dostupnosti informacija, prijavljivanja eventualnih grešaka, kao i raspravljanja o prevenciji istih.

Kada se govori o kvaliteti zdravstvene njege, a samim time i o sigurnosti pacijenata, nekoliko je indikatora koji se mogu direktno mjeriti. Dekubitus i pad pacijenata svakako spadaju u tu kategoriju.

Najveći broj medicinskih sestara na ova dva pitanja ponudio je odgovor da se i dekubitus i pad pacijenata na njihovim odjelima događa najčešće nekoliko puta godišnje. Kako su odgovarale medicinske sestre vidljivo je u sljedeća dva grafikona.



Slika 3. Koliko često je na vašem odjelu pacijent pao i ozlijedio se?



Slika 4. Koliko često pacijent dobije dekubitus nakon prijema?

Što medicinske sestre misle o postupcima uprave bolnice u smislu sigurnosti pacijenta, radi li se na poboljšanju, kakva je komunikacija među odjelima te misle li da je sigurnost pacijenta uvijek na prvom mjestu i smatraju li da je sigurnost pacijenta u domeni njihovog rada, prikazano je u Tablici 3.

Tablica 3. Rezultati odabranih pitanja iz anketnog upitnika izraženi u postocima.

	Izrazito se protivim ovoj tvrdnji (%)	Ne slažem se sa ovom tvrdnjom (%)	Niti se slažem niti se ne slažem (%)	Slažem se (%)	Izrazito se slažem sa ovom tvrdnjom (%)
<i>Postupci uprave bolnice pokazuju da je sigurnost pacijenata prioritet u radu medicinskog osoblja</i>	1,11	21,12	36,67	35,56	5,54
<i>Aktivno radimo na poboljšanju sigurnosti pacijenata</i>	10	13,33	6,67	24,44	45,56
<i>Komunikacija među odjelima u smislu sigurnosti pacijenata prisutna je u svakodnevnom radu</i>	10	7,78	18,89	38,89	24,44
<i>Sigurnost pacijenata na Vašem odjelu u domeni je Vašeg djelokruga rada</i>	3,33	3,33	4,44	44,44	44,46
<i>Pacijentova sigurnost uvijek je na prvom mjestu bez obzira na količinu posla na odjelu</i>	16,67	5,56	13,33	32,22	32,22
<i>Na odjelima se samo srećom ne događaju ozbiljnije greške</i>	15,56	44,44	28,89	8,89	2,22

Kao najznačajniji podatak iz ove tablice izdvojila bih visoki postotak medicinskih sestara (88,9%) koje se ili slažu ili izrazito slažu sa tvrdnjom da je sigurnost pacijenata na njihovim odjelima u njihovoj domeni rada.

Prema svim prikazanim rezultatima iz anketnog upitnika može se zaključiti kako je postavljena hipoteza u radu potvrđena, medicinske sestre OB Šibenik sigurnost pacijenata percipiraju kao dio vlastite odgovornosti i imaju razvijen pozitivan stav prema svim oblicima postupanja u svrhu zaštite sigurnosti pacijenata.

5. Rasprava

Istraživanja na temu sigurnosti pacijenta ili općenito o kvaliteti zdravstvene njege među medicinskim sestrama u Republici Hrvatskoj uglavnom nema. Najčešće se o ovoj temi govori u sklopu akreditacijskih standarda ili preporuka Europske unije.

Koliko je sigurnost pacijenata važna u procesu zdravstvene skrbi i koliko su medicinske sestre uključene u implementaciju prava pacijenta govori istraživanje koje je provedeno među medicinskim sestrama u Europi i SAD-u. U istraživanju je obuhvaćeno 1.105 bolnica; i to 488 iz EU i 617 iz SAD-a. Sudjelovalo je 61.168 medicinskih sestara i više od 130 tisuća pacijenata. Samo istraživanje provedeno je u razdoblju 2011.-2012. godine, a rezultati su objavljeni u BMJ (British Medical Journal). U istraživanju je jedinica za analizu bila bolnica kao cjelina, unatoč tome što su ispitanici (medicinske sestre i pacijenti) davali individualne odgovore. Prava pacijenta na sigurnu zdravstvenu zaštitu prioritet su svakog zdravstvenog sustava. Parametri koji su se uspoređivali bili su tehničke prirode: veličina bolnice, opremljenost i kvaliteta tehnologije. Što se tiče ispitivanja medicinskih sestara pitanja su obuhvaćala broj medicinskih sestara po bolnicama, godine staža, spol, radni status, specijalizacije i sl.

Rezultati ispitivanja o kvaliteti zdravstvene njege (a bez kvalitetne zdravstvene njege nema ni sigurnosti pacijenata) u različitim zemljama ponudili su različite vrijednosti. Tako postotak medicinskih sestara koje govore o lošoj kvaliteti njege varira od 11% u

Irskoj do 47% u Grčkoj. Jedna od teza u anketnom upitniku koji je proveden među medicinskim sestrama OB Šibenik glasila je: "Na odjelima se samo srećom ne događaju ozbiljnije greške". Ako se dobiveni rezultati kompariraju sa rezultatima istraživanja među medicinskim sestrama zemalja EU, može se uočiti da 13,2% medicinskih sestara slaže se sa ovom tvrdnjom i to bi kvalitetu zdravstvene njege moglo svrstavati u dosta dobru kategoriju. Ali 28,8% medicinskih sestara nema o ovoj temi stav, odgovorom „niti se slažem niti se ne slažem“ ostavlja se mogućnost da je postotak medicinskih sestara koje misle da je kvaliteta zdravstvene njege loša puno veći.

U Švicarskoj 4% medicinskih sestara sigurnost pacijenata u svojim bolnicama ocjenjuje nedovoljnom, a to isto u Poljskoj misli 18% medicinskih sestara. Samo 1,13% medicinskih sestara anketiranih u OB Šibenik sigurnost pacijenata svrstava u kategoriju „slaba“ , 15,5% kaže da je prihvatljiva, najveći dio njih daje ocjenu izvrsno i vrlo dobro. Dakle može se konstatirati da je sigurnost pacijenata po ocjeni medicinskih sestara u Hrvatskoj na vrlo visokom nivou. Međutim, s obzirom da na ovu tematiku nema istraživanja (u Hrvatskoj) koja bi uključivala i pacijente, dakle njihovo viđenje vlastite sigurnosti u sustavu zdravstva, rezultate se treba u tom kontekstu i iščitavati.

Uzrok loše kvalitete zdravstvene njege medicinske sestre nalaze u nedostatku broja sestara, to dovodi do tzv. pregorijevanja na poslu. Ovu tezu podržava 10% medicinskih sestara u Nizozemskoj, pa sve do 78% medicinskih sestara u Grčkoj.

S obzirom da su u ovom velikom istraživanju bili uključeni i pacijenti, zanimljivo je da je njihova percepcija kvalitete zdravstvene skrbi također različita. Tako 35% anketiranih pacijenata hvali bolnice u Španjolskoj, ali isto tako i 61% u Finskoj i Irskoj. Broj pacijenata o kojima skrbi jedna medicinska sestra u direktnoj je vezi sa kvalitetom zdravstvene njege. Što je broj pacijenata manji veća je kvaliteta i sigurnost. Tako su podaci u Norveškoj daleko najbolji, tamo jedna medicinska sestra skrbi za 5,4 pacijenta. U SAD-u je situacija nešto lošija nego u Norveškoj, ali bolja od svih drugih zemalja EU. Zanimljivo je da u Njemačkoj jedna medicinska sestra skrbi za otprilike 13 pacijenata što je dosta lošiji omjer u odnosu na druge (osobito skandinavske) zemlje. Podaci o broju medicinskih sestara u Hrvatskoj govore da se njihov broj 2010. godine kreće oko 569 na 100.000 stanovnika i u odnosu na, recimo, 1980. godinu on je povećan (tada su bile 354 medicinske sestre na 100.000 stanovnika). Međutim, u odnosu na prosjek medicinskih sestara u EU (782 medicinske sestre na 100.000 stanovnika) jasno je da se radi o velikom zaostatku. Udio sestara sa višom stručnom spremom 2010. godine bio je 19%, no taj udio raste. Jako je važan pokazatelj sve većeg udjela visoko obrazovanih medicinskih sestara (diplomiranih i magistara sestrinstva). Tako danas na različitim stručnim, ali i znanstvenim učilištima studira veliki broj medicinskih sestara.

O koliko pacijenta skrbi jedna medicinska sestra trenutno se ne može sa sigurnošću ustvrditi, situacija je različita od odjela do odjela, ali isto tako postoje značajne razlike među bolnicama. Isto tako, važno je naglasiti da je ukupan broj hospitalizacija u Hrvatskoj na 100 stanovnika 2011.g. iznosio 17,4, dok je europski prosjek

istovremeno iznosio 17,7 na stotinu stanovnika.(14) To je zato što pacijenti u našim bolnicama provode više dana, stoga kreveti spadaju među najpopunjenije u Europi.

Evidentan nedostatak medicinskih sestara s obzirom na broj stanovnika i povećani broj hospitaliziranih svakako govori u prilog tome da se radi o problemima koji za posljedicu mogu imati nedovoljno kvalitetnu zdravstvenu njegu, te veliku opasnost po sigurnost pacijenata. Ono što je sigurno dokazano jest da povećanjem svakog pacijenta po sestri dolazi do opadanja razine kvalitete i sigurnosti. Navedenim je istraživanjem dokazano da poboljšanjem uvjeta rada u vidu adekvatnog broja osoblja i njihove educiranosti, uz relativno niski trošak dolazimo do velikog dobitka u smislu kvalitete njege i sigurnosti pacijenata.

Bez obzira na zemlju u kojoj je provedeno istraživanje, medicinske sestre suglasne su da menadžmenti bolnica mogu detektirati probleme njege i sigurnosti pacijenata, no ne mogu te probleme i riješiti. Odgovori medicinskih sestara Opće bolnice Šibenik o pitanju sigurnosti pacijenata iz perspektive uprave-menadžmenta, podijeljeni su na način da više od jedne trećine sestara daje pozitivan odgovor, ali je značajan broj medicinskih sestara koje o ovoj temi nemaju jasan stav. Tako se najveći broj anketiranih izjašnjava na način da niti se slaže, niti opovrgava ovu konstataciju.

Koliko je važno poštivanje prava pacijenata u smislu provođenja kvalitetne zdravstvene njege i sveukupne sigurnosti pacijenata govori i činjenica da u Kanadi medicinske sestre imaju centralnu web stranicu na kojoj se nalaze isključivo informacije o sigurnosti pacijenata (Canadian Nurses Association). Osim zakonskih

prava pacijenata, na istom mjestu sve medicinske sestre mogu saznati i vlastita prava koja se tiču njihove eventualne odgovornosti. Sama web stranica u vlasništvu je njihove krovne stručne udruge.

Dakle, kao što je vidljivo iz rezultata ispitivanja, medicinske sestre koje su zaposlene u Općoj bolnici Šibenik, najvećim dijelom smatraju sveukupnu brigu o sigurnosti pacijenata pozitivnom. Iako još veliki broj medicinskih sestara vrlo malo razmišlja o vlastitoj odgovornosti po ovom pitanju, istovremeno tvrdi da je sigurnost pacijenata na njihovom radilištu i u njihovoj domeni rada. Medicinske sestre ističu dobru komunikaciju među odjelima kao važan faktor koji pridonosi kvalitetnijoj sveukupnoj zdravstvenoj skrbi.

Ono što ostavlja prostora za razmišljanje svakako je veliki broj medicinskih sestara koje o određenim pitanjima nemaju jasan stav birajući odgovore „niti se slažem niti opovrgavam“. S obzirom da je praćenje parametara kvalitete zdravstvene njege u našoj državi relativno novijeg datuma još uvijek određeni dio medicinskih sestara o tim pitanjima nema jasan stav. Svakako se povećanjem broja visoko obrazovanih sestara očekuje i puno bolje poznavanje ove problematike. Kako u smislu prava pacijenata tako i poznavanja vlastitih prava, ali i odgovornosti.

5.1. Ograničenja istraživanja

Kao nedostatak ovog istraživanja svakako je činjenica da su anketnim upitnikom obuhvaćene medicinske sestre samo jedne i to manje bolnice. Istraživanje koje bi obuhvatilo najveći dio bolnica na području čitave zemlje moglo bi svakako ponuditi

puno detaljniju i cjelovitiju sliku o ovoj temi. Širenjem teme s obzirom na neke druge varijable (tip bolnice, veći gradovi, manja mjesta, spol ispitanika...) moglo bi se puno detaljnije prikazati stvarno stanje koje opisuje stavove medicinskih sestara o sigurnosti pacijenata.

6. Zaključak

Sigurnost pacijenata tema je od međunarodnog značaja i predmetom sve češćeg istraživanja. Statistička izvješća koja ukazuju na stvarnu veličinu problema ne ostavljaju mogućnost ignoriranja ove problematike. Medicinske sestre, kao ravnopravni članovi tima, imaju pravo i obvezu proces zdravstvene njege provoditi na način koji je najbolji za pacijenta. Ako je dokazano, a najčešće jest, da se poštujući standarde i postupajući po protokolima mogućnost pogreške svodi na najmanju moguću mjeru, tada nema alternative. Stvar je promišljanja pojedinih zdravstvenih sustava, pa tako i u našoj zemlji, na koji način i kojom brzinom kreirati taj sustav da u svojoj srži bude okrenut pacijentu i njegovoj sigurnosti. Samo aktivna uključenost svih sudionika zdravstvene zaštite preduvjet je izgradnje djelotvornog sustava. Razmjena znanja te učenje od drugih, ali i iz vlastitog iskustva, dovodi do kvalitete i sigurnosti. S obzirom da su medicinske sestre najbrojniji sudionici u pružanju zdravstvene skrbi, te da su procesom zdravstvene njege kao autonomnog djelovanja medicinskih sestara, pacijenti obuhvaćeni kroz dvadeset četiri sata i na svim razinama sustava, poznavanje sigurnosti tih istih pacijenata spada u kategoriju „obavezno“.

Za svakodnevnu praktičnu upotrebu postupaka i osnova pravne regulative o sigurnosti pacijenata potrebna je trajna edukacija medicinskih sestara. Nužno je podizati razinu zdravstvenih profesionalaca na način da se globalnim planom obuhvati obrazovanje na svim razinama. Međunarodno vijeće medicinskih sestara (International Council of Nurses - ICN), još od osnutka 1899., proučava temu

sigurnosti pacijenata, a strateškim dokumentima podupire znanje i njegovu uporabu u svrhu prevencije nesigurnosti i pogrešaka.

Obrazovanje treba biti kontinuirano, te pridonositi razumijevanju znanosti o sigurnosti pacijenata. Trenutna situacija u Republici Hrvatskoj na ovu temu nije pretjerano optimistična, moduli "Sigurnost pacijenata" u obrazovnim kurikulumima limitirani su i malobrojni. Slobodna kretanja medicinskih sestara u EU utemeljena su na dvosmjernom prepoznavanju profesionalnih kvalifikacija. Zbog toga je nužno uskladiti nastavne programe te implementirati kolegij „Sigurnost pacijenata“ sadržajno ispunjenog na način zasebnog predmeta.

Mogućnost prepoznavanja i stručno-znanstvenog razumijevanja svih oblika negativnih utjecaja na sigurnost pacijenata u vremenima koja dolaze, svakako će biti okosnica rada medicinskih sestara i u našoj zemlji. Otvaranje pitanja o toj temi, a posebno vlastito preispitivanje uloge u sigurnom liječenju pacijenata, za medicinske sestre ne smije biti predmetom negiranja i nelagode, već šansa priključenju naprednijim društvima i vlastitoj afirmaciji.

7. Zahvale

Hvala doc. dr.sc.Danijeli Štimac na srdačnoj suradljivosti zbog čega sam ovaj rad pisala u zanosu.

Iskreno se zahvaljujem svim profesorima koji su kroz prethodne dvije godine iskazali poštovanje i želju da medicinske sestre postaju punopravni članovi akademske zajednice zdravstvenih djelatnika.

Hvala medicinskim sestrama OB Šibenik koje su svojim dobrovoljnim sudjelovanjem popunjavajući anketni upitnik pomogle da ovaj rad bude napisan.

Posebnu zahvalnost dugujem svojoj obitelji na svesrdnoj potpori, naročito veliku zahvalnost za svaki savjet i bezrezervnu podršku upućujem svojoj prekrasnoj kćeri Ivani.

8. Literatura

1. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The quality in Australian Health Care Study, Med J Aust 1995;163(9):458-71.
2. Technical report „Improving Patient Safety in the EU“ prepared for the European Commission, published 2008 by the RAND Cooperation.
3. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. To err is human: bulding a safer health system (Instititute of Medicine report).Washington (DC):National Academy Press,1999.
4. WHO Quality of Care: patient safety Report EB 113/37 by the Secretariat to the Executive Board.
[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf files/EB113/eeb11337.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/eeb11337.pdf)
5. Kelson M. Consumer Involvement Initiatives in Clinical Audit Outcomes, London: College of Health, 1995.
Sang B, O Neill S. Patient involvement in clinical governance. British Journal of Health Care Management 2001;7,(7):278-81.

6. Singh H, Petersen LA, Thomas EJ. Understanding diagnostic errors in medicine: a lesson from Aviation. Qual Saf Health Care 2006;15:159-64.
7. University of Texas, Safety Attitudes Questionnaire. Dostupno na: <http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient-safety/questionnaires/registration.html>
8. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on Patient Safety Culture. Dostupno na: <http://www.ahrq.gov/index.html>
9. Europeann Union Network for Patient Safety (EU-NetPas). Patient safety cultureinstruments currently used in Member States and recommendations for use. EUNetPaS report 2009. <http://www.eunetpas.eu/>
10. Shaw CD, Kalo I. Background for national quality policy in health systems. 2002 WHO document [www.euro.who.int.document](http://www.euro.who.int/document)
11. Ilegio-Quigley,H., McKee,M., Nolte,E.,Glinos,I.(2008) Assuring the quality of health care in the European Union.A case for action. Observatory Studies Series No12. Velika Britanija: MPG Books Ltd, Bodmin,Cornwall.

12. Agency for Healthcare Research and Quality;
<http://www.ahrq.gov/index.html> pristupljeno 21.10.2014.
13. Aiken LH, Sermeus W, Vanden Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Strømseng I, Smith H, Kutney-Lee A. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. British Medical Journal. BMJ 2012;344, Objavljeno 20. ožujka 2012.
14. Izvešće Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) o radu bolnica u Hrvatskoj u 2011. godini; <http://www.hzjz.hr/publikacije/> pristupljeno: 10.10.2014.
15. Canadian Nurses Association; <http://www.cna-aiic.ca/en> pristupljeno 25.10.2014.
16. Babić-Bosanac S, Involuntary hospitalization and the rights of mental patients in recent Croatian legislation. Medicine and law 2002;(1);87-106

17. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care* 2002;14(1):5-13
18. <http://www.akaz.ba/Index/sta-je-uprav-rizikom.htm>
pristupljeno 20.11.2014.
19. www.e-p-a.org pristupljeno 10.12.2014.
20. <http://www.hlk.hr/993> pristupljeno 10.12.2014.
21. Shaw CD. External assessment of health care. *BMJ* 2001;323:851-4.
22. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine br.75/93.
23. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine br.121/03.
24. Zakon o pravima pacijenata, Narodne novine br.164/04.
25. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, Narodne novine br.107/07.

9. Životopis

OSOBNE INFORMACIJE:

Snježana Jušić

Tel. 022/ 335527 ; 091/3345 108

Email: jusic.snjezana@gmail.com

Spol Ž | Datum rođenja 21/09/1966 | Državljanstvo Hrvatsko

RADNO ISKUSTVO:

2014. - danas Glavna sestra OB Šibenik

2003. – 2014. Glavna sestra Koronarne jedinice u OB Šibenik

1985.- 2003. Medicinska sestra u Koronarnoj jedinici OB Šibenik

OBRAZOVANJE I OSPOSOBLJAVANJE:

2013. – 2015. Sveučilišni diplomski studij sestrinstva, Medicinski fakultet Zagreb

2002. – 2006. Preddiplomski studij sestrinstva, Sveučilište Split

1981. – 1985. Srednja medicinska škola u Šibeniku

OSOBNNE VJEŠTINE:

Materinski jezik: Hrvatski

Strani jezici: Engleski jezik

Komunikacijske vještine:

- Izvrsne komunikacijske vještine stečene tijekom rada na mjestu glavne sestre Koronarne jedinice
- Sposobnosti izlaganja i objašnjavanja materije većim grupama ljudi (učenici, kolege) tijekom brojnih održanih seminara i predavanja
- Sigurnost u javnim nastupima (TV – prilozima)

Organizacijske/rukovoditeljske vještine:

- Iskustvo u upravljanju i menadžmentu – glavna sestra OB Šibenik
- Izvrsne vještine vođenja tima stečene kroz radno iskustvo glavne medicinske sestre Koronarne jedinice
- Organizator javno zdravstvenih akcija

Računalne vještine:

- Dobro vladanje alatima Microsoft Office
- Dobro snalaženje na web preglednicima

OSTALE INFORMACIJE:

- Aktivni član Hrvatske kardiološke udruge medicinskih sestara
- Održana stručna predavanja u organizaciji Komore medicinskih sestara , te
HKUMS
- Predavač i mentor u Srednjoj medicinskoj školi u Šibeniku
- Vozačka dozvola B kategorije
- Hobiji: Čitanje, šetnje u prirodi, plivanje, zumba

10. Prilog: Anketni upitnik

1. Koliko dugo radite u svojoj profesiji?

- a) 1-5 godine
- b) 6-10 godina
- c) 11-15 godina
- d) 16-20 godina
- e) 21 godinu i više

2. Koliko imate godina?

- a) manje od 25
- b) između 25- 35
- c) između 35- 50
- d) više od 50

3. Kakvo je vaše obrazovanje?

- a) SSS
- b) prvostupništvo

c) diplomirana med.sestra ili mag. sestrinstva

4. Koji je vaš položaj u bolnici?

a) srednja med. sestra koja radi smjene

b) sestra koja radi u ambulanti samo jutarnju smjenu

c) med. sestra koja radi na odjelu bez rada u noćnoj smjeni

d) odgovorna medicinska sestra prvostupnica

e) glavna medicinska sestra prvostupnica

f) glavna med.sestra diplomirana/magistra sestrinstva

5. Ocjenite ukupno brigu o sigurnosti pacijenata na vašem odjelu

a) izvrsno

b) vrlo dobro

c) prihvatljivo

d) slabo

e) jako loše

6. Postupci uprave bolnice pokazuju da je sigurnost pacijenata prioritet u radu medicinskog osoblja.

- a) izrazito se protivim ovoj tvrdnji
- b) ne slažem se sa ovom tvrdnjom
- c) niti se slažem niti se ne slažem
- d) slažem se
- e) izrazito se slažem

7. Na odjelima se samo srećom ne događaju ozbiljnije greške.

- a) izrazito se ne slažem sa ovom tvrdnjom
- b) ne slažem se sa ovom tvrdnjom
- c) niti se slažem niti opovrgavam ovu tvrdnju
- d) slažem se sa ovom tvrdnjom
- e) izrazito se slažem sa ovom tvrdnjom

8. Aktivno radimo na poboljšanju sigurnosti pacijenata.

- a) u potpunosti se ne slažem sa ovom tvrdnjom
- b) djelomično se ne slažem sa ovom tvrdnjom
- c) niti se slažem niti ne slažem sa ovom tvrdnjom
- d) djelomično se slažem sa ovom tvrdnjom
- e) u potpunosti se slažem sa ovom tvrdnjom

9. U našem svakodnevnom radu postupamo po protokolima i tako smanjujemo mogućnost pogreške.

- a) nikada
- b) rijetko
- c) ponekad
- d) većinu vremena
- e) uvijek

10. Kada se dogodi pogreška koja se ispravi prije nego utječe na pacijenta koliko se često to prijavljuje?

- a) nikada
- b) rijetko
- c) ponekad
- d) većinu vremena
- e) uvijek

11. Ako se dogodi pogreška koja je naštetila pacijentu obavezno se evidentira i prijavljuje.

- a) nikada
- b) rijetko
- c) ponekad
- d) većinu vremena
- e) uvijek

12. Na odjelima raspravljamo o prevenciji grešaka koje se događaju.

- a) nikada (ponašamo se kao da se i ne događaju)
- b) rijetko

- c) ponekad
- d) uglavnom raspravljama
- e) uvijek kada postoji mogućnost da se greška dogodi

13. Informacije o pogreškama koje se dogode na Vašem odjelu dostupne su medicinskom osoblju .

- a) nikada
- b) rijetko
- c) ponekad
- d) uglavnom su dostupne
- e) uvijek

14. Komunikacija među odjelima u smislu sigurnosti pacijenata prisutna je u svakodnevnom radu.

- a) u potpunosti se ne slažem sa ovom tvrdnjom
- b) djelomično se ne slažem sa ovom tvrdnjom
- c) niti se ne slažem niti ne slažem sa ovom tvrdnjom

- d) djelomično se slažem sa ovom tvrdnjom
- e) u potpunosti se slažem sa ovom tvrdnjom

15. Pacijentova sigurnost uvijek je na prvom mjestu bez obzira na količinu posla na odjelu.

- a) u potpunosti se ne slažem sa ovom tvrdnjom
- b) djelomično se ne slažem sa ovom tvrdnjom
- c) niti se ne slažem niti se slažem sa ovom tvrdnjom
- d) djelomično se slažem sa ovom tvrdnjom
- e) u potpunosti se ne slažem sa ovom tvrdnjom

16. Koliko često je na vašem odjelu pacijent pao i ozljedio se?

- a) nikad
- b) nekoliko puta godišnje
- c) jednom mjesečno
- d) nekoliko puta mjesečno

- e) jednom tjedno
- f) svaki dan

17. Koliko često se dogodi pacijent dobije dekubitus nakon prijema?

- a) nikada
- b) nekoliko puta godišnje
- c) jednom mjesečno
- d) nekoliko puta mjesečno
- e) jednom tjedno
- f) više puta tjedno

18. Na vašem odjelu obavezno se pacijentima prije potpisivanja pristanka za medicinske intervencije objasni postupak i moguće komplikacije istih.

- a) nikada
- b) rijetko
- c) ponekad
- d) uglavnom se radi na takav način

e) uvijek se tako radi

19. Na Vašem odjelu komunikacija među osobljem je izuzetno dobra.

a) u potpunosti se ne slažem sa ovom tvrdnjom

b) djelomično se ne slažem sa ovom tvrdnjom

c) niti se ne slažem niti se slažem sa ovom tvrdnjom

d) djelomično se slažem sa ovom tvrdnjom

e) u potpunosti se slažem sa ovom tvrdnjom

20. Sigurnost pacijenata na Vašem odjelu u domeni je Vašeg djelokruga rada.

a) u potpunosti se ne slažem sa ovom tvrdnjom

b) djelomično se ne slažem sa ovom tvrdnjom

c) niti se ne slažem niti se slažem sa ovom tvrdnjom

d) djelomično se slažem sa ovom tvrdnjom

e) u potpunosti se slažem sa ovom tvrdnjom