

Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi

Vujanić, Ela

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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:105:033988>

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

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



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Ela Vujanić

Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2019.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Ela Vujanić

Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Kliničkom zavodu za kliničku i molekularnu biologiju u Kliničkom bolničkom centru Zagreb pod vodstvom doc. dr. sc. Zrinke Bošnjak, dr. med. i predan je na ocjenjivanje u akademskoj godini 2018./2019.

Popis kratica

AAZ – Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

AKAZ – *Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine*

AMA – *Australian Medical Association*

ANA – *American Nurses Association*

ASQ – *American Society for Quality*

ECIBC – *European Commission on Breast Cancer*

EU – *Europska unija*

EPUAP – *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

ESQH – *European Society for Quality in Healthcare*

EUnetHTA – *Health Technology Assessment Network*

EQuIP – *European Society for Quality and Safety in Family Practice*

HCAI – *Health care – associated infections*[h](#)

HKMS – *Hrvatska komora medicinskih sestara*

HUMS – *Hrvatska udruga medicinskih sestara*

IOM – *Institute of Medicine*

JA PASQ – *Patient Safety and Quality of Care*

JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

JUSE – *The Union of Japanese Scientists and Engineers*

MBNQA – *The Malcolm Baldrige National Quality Award*

OECD – *The Organisation for Economic Co-operation and Development*

PATH – *The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*

PDCA – *Plan – Do – Check – Act*

RH – Republika Hrvatska

SiMPatE – *Safety improvement for Patients in Europe*

SERVQUAL – *Service Quality*

SNA – *State Nurses Association*

SAD – Sjedinjene Američke Države

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

UK – Ujedinjeno kraljevstvo Velike Britanije i Sjeverne Irske

TQM – *Total Quality Management*

Sadržaj

| | |
|---|----|
| Sažetak..... | 8 |
| Summary | 9 |
| 1. UVOD | 10 |
| 1.1. Definicija kvalitete..... | 11 |
| 1.2. Povijest kvalitete..... | 11 |
| 1.3. Gurui, pioniri kvalitete i nagrađivanje u kvaliteti..... | 12 |
| 2. KVALITETA I ZDRAVSTVO | 15 |
| 2.1. Kvaliteta i zdravstvo u Republici Hrvatskoj..... | 15 |
| 2.2. Kvaliteta i zdravstvo u Europskoj uniji i Sjedinjenim Američkim Državama – osvrt | 17 |
| 2.3. Kontrola kvalitete..... | 17 |
| 2.4. Osiguranje kvalitete..... | 19 |
| 2.5. Upravljanje kvalitetom | 19 |
| 2.6. Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj zaštiti..... | 21 |
| 2.7. Standardi kvalitete..... | 23 |
| 3. KVALITETA I ZDRAVSTVENA NJEGA..... | 25 |
| 3.1. Kvaliteta i sestrinstvo u Republici Hrvatskoj | 25 |
| 3.2. Mjerenje i procjena kvalitete u zdravstvenoj njezi..... | 25 |
| 3.3. Kvaliteta i zdravstvena njega u Europskoj uniji i Sjedinjenim Američkim Državama – osvrt | 27 |
| 4. POKAZATELJI KVALITETE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI | 29 |
| 4.1. Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi | 29 |
| 4.2. Upotreba pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi | 30 |
| 4.3. Vrste pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi | 31 |
| 4.4. Bol | 31 |
| 4.5. Bolničke infekcije..... | 32 |
| 4.6. Dekubitus | 33 |
| 4.7. Pad bolesnika..... | 34 |
| 4.8. Primopredaja bolesnika | 35 |
| 4.9. Sestrinska dokumentacija..... | 35 |
| 4.10. Zadovoljstvo pacijenata | 36 |
| 5. ZAKLJUČAK..... | 37 |
| 6. ZAHVALE | 38 |
| 7. LITERATURA | 39 |

| | |
|----------------------|----|
| 8. POPIS SLIKA | 43 |
| 9. ŽIVOTOPIS | 44 |

Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi

Ela Vujanić

Sažetak

Kvaliteta u zdravstvu odavna intrigira ljude: svi oduvijek teže primiti kvalitetnu zdravstvenu skrb. Pacijenti i njihove obitelji žele da se njihova očekivanja koja imaju u potpunosti ispune, osobito u trenucima bolesti i nemoći. Zdravstveni radnici također teže raditi u okruženju u kojem mogu pružiti kvalitetnu zdravstvenu skrb zajamčenu Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Medicinske sestre, kao najbrojniji zdravstveni radnici, dugo su vremena bile prilično marginalizirane, premda je njihova važnost u zdravstvenom sustavu neupitna. Djelatnost medicinske sestre, prema Zakonu o sestrinstvu, obuhvaća znanja, vještine i postupke zdravstvene njege, što ih čini jedinim nositeljicama iste.

Postoji mnoštvo definicija zdravstvene njege, međutim ono što je zajedničko svakoj definiciji zdravstvene njege jest da je u središtu svake pacijent i stoga kvalitetna zdravstvena njega treba postati najvažniji cilj. Međutim, da bi medicinske sestre mogle pružiti kontinuiranu, suvremenu i sveobuhvatnu zdravstvenu njegu, moraju razvijati načine pružanja iste: analizirati, istraživati, kontrolirati, uspoređivati i unaprjeđivati pokazatelje kvalitete – koristan alat za unaprjeđenje iste. Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi koriste se za identifikaciju područja u zdravstvenoj njezi koja je potrebno unaprijediti. Ovaj diplomski rad uključuje sedam važnih pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi: bol, bolničke infekcije, primopredaja bolesnika, sestrińska dokumentacija i zadovoljstvo pacijenata.

Znanjem i vještinama, ali i iskustvom potrebno je pronaći kritične, slabe točke u zdravstvenoj njezi i ukloniti ih u svrhu ostvarivanja kvalitetne zdravstvene njege. U tome se možemo koristiti dobrim primjerima iz Republike Hrvatske i svijeta, ali i recentnom literaturom. Potrebne su korjenite promjene unutar procesa zdravstvene njege kojima medicinske sestre trebaju svakodnevno težiti.

Ključne riječi: kvaliteta, zdravstvena njega, pokazatelji kvalitete, medicinska sestra, zdravstvo

Quality indicators in nursing care

Ela Vujanić

Summary

Quality in healthcare has always intrigued people – everyone is always striving to receive quality health care. Patients and their families want their expectations to be fully met, especially in times of illness and powerlessness. Health care professionals also strive to work in an environment where they can provide quality healthcare as guaranteed by the Healthcare Act. Nurses, as the most numerous healthcare professionals, have long been quite marginalized, although their importance in the health care system is beyond question. The practice of nursing, according to the Nursing Act, encompasses the knowledge, skills and procedures of nursing, which makes them the sole carriers of the nursing care.

There are many definitions of nursing care. Common to all definitions is that the patient is in the focus. Therefore, quality nursing care should become the most important goal. However, for nurses to provide continuous, comprehensive and up – to – date nursing care, they must develop ways of delivering it: analyzing, researching, controlling, comparing and improving quality indicators – a useful tool for improving. Quality indicators in nursing care are used to identify areas in nursing care that need improvement. This thesis includes seven important indicators of quality in nursing care: pain, hospital infections, patient referrals, nursing documentation and patient satisfaction.

With knowledge and skills, as well as experience, it is necessary to find critical, weak points in health care and remove them in order to achieve quality nursing care. Good examples from the Republic of Croatia and the world can be used in this, but also recent literature. There is a need for radical change within the nursing care process that nurses need to strive for on a daily basis.

Keywords: quality, nursing care, quality indicators, nurse, health care

1. UVOD

Korijenje preteče kvalitete seže u daleku prošlost. Kvaliteti su ljudi od davnina težili. Cijenilo se i nagrađivalo dobro i kvalitetno izvršavanje zadanog posla, dok se ono loše i nekvalitetno nerijetko kažnjavalo. Težilo se, kao danas, kvalitetnim proizvodima i uslugama koji su bili prepoznati. Današnje vrijeme zahtjeva svjesnu i savjesnu kontrolu, osiguranje i upravljanje kvalitetom, a popularizaciji i razumijevanju kvalitete doprinijeli su gurui, pioniri kvalitete. Pristup kvaliteti mijenjao se kako su se mijenjali uvjeti u kojima su ljudi živjeli, ali neupitno je da je kvaliteta prepoznata kao preduvjet uspjeha. Kvaliteta, kako u zdravstvu, tako i u drugim područjima, zaslužuje posebno mjesto.

Odavno su i medicinske sestre prepoznale važnost uvođenja kvalitete u skrb o bolesnicima koja doprinosi njihovoj sigurnosti i zadovoljstvu i, u konačnici, boljoj skrbi. Tako sestrinstvo ima razvijene standarde kvalitete i pokazatelje kvalitete u zdravstvenoj njezi koji su mjerljivi, a koji se u svakoj državi mogu razlikovati. Nositelji zdravstvene njege jesu medicinske sestre. Djelatnost medicinske sestre, prema Zakonu o sestrinstvu, obuhvaća znanja, vještine i postupke zdravstvene njege. (1) Zdravstvena njega koju obavljaju medicinske sestre nema jednu, općepriznatu definiciju, ali kao najpoznatijom smatra se sljedeća definicija: „Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti.“ (Virginia Henderson, 1966.) Medicinska sestra jedini je profil zdravstvenog radnika osposobljen za zdravstvenu njegu. Samostalan je član zdravstvenog tima, ima područje svog rada, ali nužno surađuje s ostalim članovima zdravstvenog tima. (2) U sestrinstvu se tako, diljem svijeta, identificiralo mnoštvo pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi koji kvalitetu pokušavaju izmjeriti. Prednjače Sjedinjene Američke Države (SAD) koje prati Ujedinjeno Kraljevstvo Velike Britanije i Sjeverne Irske (UK).

Ovaj diplomski rad pokušat će objasniti što su to pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi, zbog čega su važni te će opisati kvalitetu. Isti će se opisati i dat će se preporuke za njihovo unaprjeđenje.

1.1. Definicija kvalitete

Postoji nekoliko definicija kvalitete. Kvaliteta je „integralni dio ljudske spoznaje koja se kreće po beskonačnoj spirali napretka... nikada ne dostižući granicu.“ (3) Prema HR EN ISO 8402 „kvaliteta (kakvoća) je ukupnost svojstava stanovitog entiteta koja ga čine sposobnim zadovoljiti izražene ili pretpostavljene potrebe. Službena definicija izravno proistječe iz opće definicije kvalitete jer „ukupnost svojstava nekog entiteta koja ga čine sposobnim da zadovolji izražene ili pretpostavljene potrebe“ i ne govori ni o čem drugom već o uporabnoj vrijednosti proizvoda.“ (3) Od 2000. godine, prema normi ISO 9000:2000, definicija glasi: „kvaliteta je stupanj do kojeg skup svojstvenih karakteristika ispunjava zahtjeve.“ (3)

1.2. Povijest kvalitete

Povijest kvalitete opsežna je, složena i stara koliko i povijest čovječanstva. (4) Popularizacija i shvaćanje kvalitete mijenjalo se kroz vrijeme, kao i zanimanje za kvalitetu. Povijesni razvoj kvalitete dijeli se na šest razdoblja: predindustrijska revolucija, industrijska revolucija, početak 20. stoljeća, Drugi svjetski rat, 70 – e i 80 – e godine i kvaliteta u 21. stoljeću.

Predindustrijska revolucija

Od 13. do 19. stoljeća počinje značajan razvoj kvalitete. Udruženjem srednjovjekovnih europskih obrtnika u cehove, njihova kvalitetna dobra, proizvodi, dobivaju poseban simbol ili znak.

Industrijska revolucija

Obrtnici SAD – a početkom 19. stoljeća kreću slijediti europske obrtnike. Znajući da će ponudom neispravnih i nekvalitetnih proizvoda izgubiti potrošače, žele ponuditi dobra, proizvode bez mane. Ipak, krajem 19. stoljeća, okreću se menadžerskom pristupu, s ciljem povećanja učinkovitosti.

Početak 20. stoljeća

Početak 20. stoljeća obilježilo je uključivanje „procesa“ i procesnog pristupa u postupke vezane uz kvalitetu. „Proces“ se definira kao skup aktivnosti koje uzimaju input, dodaju mu vrijednost i daju output. Iako se kvaliteta kao pojam javila već u samim začetima razvoja ljudske civilizacije, na njen razvoj kao znanosti trebalo je čekati sve do dvadesetih godina prošlog stoljeća. Jedan od presudnih trenutaka za

razvoj kvalitete kao profesije i znanosti bio je sustav mjerenja varijacija u proizvodnoj i statističkoj kontroli procesa. (3) Autor je William Andrew Shewart s čuvenim PDCA (*Plan – Do – Check – Act*) krugom.

Drugi svjetski rat

William Edwards Deming posvetio se daljnjem razvoju i usavršavanju kvalitete prenoseći metode glasovitog Williama Andrewa Shewarta. Nakon Drugog svjetskog rata iz SAD – a, gdje ga ne shvaćaju, odlazi u Japan.

Sedamdesete i osamdesete godine prošloga stoljeća

Sedamdesetih i osamdesetih godina auto i elektroindustrija SAD – a počinje zaostajati za japanskom. Umjesto da se oslanjanju samo na inspekciju proizvoda, japanski se proizvođači fokusiraju na poboljšanje svih organizacijskih procesa kroz ljude koji u njima sudjeluju. (3) Veliku ulogu u promoviranju kvalitete na američkom teritoriju odigrao je Philip Bayard Crosby čija je knjiga „Kvaliteta je besplatna“ mnogima u SAD – u po prvi put predstavila koncept nula defekata. (3)

Kvaliteta u 21. stoljeću

Zahvaljujući globalizaciji, kompanije koje su donedavno konkurirale samo na lokalnoj, regionalnoj ili nacionalnoj razini, danas moraju konkurirati kompanijama iz cijeloga svijeta. Neke od tih organizacija doživljavaju takvu konkurenciju više nego intenzivnom. Samo one kompanije koje su sposobne proizvesti proizvode svjetske kvalitete mogu konkurirati na globalnoj razini. (3) Za 21. stoljeće predviđa se da će biti stoljeće kvalitete. (3)

1.3. Gurui, pioniri kvalitete i nagrađivanje u kvaliteti – američko i europsko

Guruima, pionirima kvalitete smatramo nekoliko stručnjaka koji su razmišljanjima doprinijeli etabliranju i popularizaciji kvalitete. Jedni od najpoznatijih su: Philip Bayard Crosby, William Edwards Deming, Joseph Moses Juran i Walter Andrew Shewart.

Philip Bayard Crosby

Stavovi i značaj Philipa Bayarda Crosbyja najbolje se očituju kroz njegovu tezu: „Kvaliteta je besplatna. Ona nije poklon, ali je besplatna. Ono što košta jesu nekvalitetni proizvodi i sve one djelatnosti koje se moraju obaviti budući da se ne

rade pravi poslovi u pravo vrijeme. Kvaliteta nije samo besplatna, ona je daleko najslađi izvor dobiti. Svaki peni koji uštedite izbjegavanjem pogrešnog rada, automatski znači peni i pol na svim linijama. U vrijeme kada ne znamo što će se dogoditi s našim djelatnostima sutra, rađaju se mnogobrojni načini gubljenja profita. Ako se usmjerite na osiguranje kvalitete, vjerojatno ćete svoj profit koji se kreće između 5 i 10% vrijednosti vaše prodaje. A to je mnogo novca – besplatno.“ (3)

William Edwards Deming

Njegovoj je filozofiji o kvaliteti u SAD – u pridavana umjerena pažnja, dok su njegova stručna predavanja u Japanu bila široko prihvaćena. Svoju je filozofiju o kvaliteti izrazio kroz: 14 glasovitih točaka, 7 „smrtnih bolesti“ tvrtke u pogledu kvalitete, kao i 4 temelja znanosti kvalitete. (3)

Joseph Moses Juran

Za razliku od Williama Edwardsa Deminga, ne zagovara samo kontinuirano poboljšanje kvalitete, već je potreban poseban napor, detaljne pripreme i pun projektni pristup. Tek je tada moguće ostvariti proboj (engl. *breakthrough*) u višu razinu. (3)

Walter Andrew Shewart

Autor je čuvenog Plan – Do – Act – Check (PDCA) kruga kojeg je, tek kasnije, popularizirao William Andrews Deming. Njegova su postignuća visoko cijenili u SAD – u.

Nagrade su u svijetu kvalitete sve učestalije, o čemu govore zanimljivi i značajni podaci. Razlozi uvođenja nagrađivanja su različiti, ali neosporno jest da donosi određeni boljitak za poduzeće. Najpoznatija američka nagrada za kvalitetu je *The Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA). Dodjeljuje se u šest kategorija: zdravstvenim, uslužnim, proizvodnim, obrazovnim, neprofitnim i malim poduzećima. Najpoznatija europska nagrada za kvalitetu je *The EFQM Excellence Award* koja se dodjeljuje u četiri kategorije: veliki privatni sektor (više od 1000 zaposlenika), mali/srednji privatni sektor (manje od 1000 zaposlenika), veliki javni sektor (više od 1000 zaposlenika) i mali/srednji privatni sektor (manje od 1000 zaposlenika). Važno je spomenuti i *The Deming Prize* koju od 1951. godine dodjeljuje *Japanese Union of Scientists and Engineers* (JUSE). Ima četiri kategorije nagrađivanja: *the Deming*

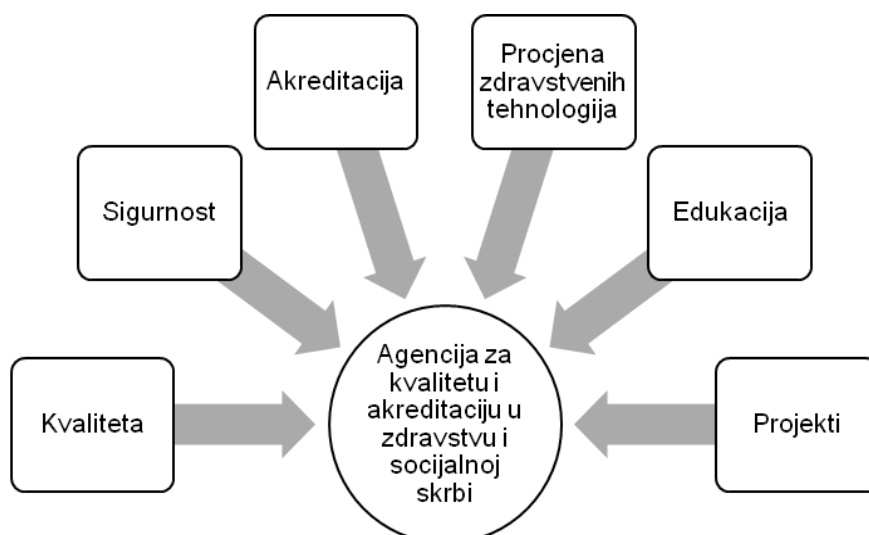
Prize for Individuals, the Deming Distinguished Service Award for Dissemination and Promotion (Overseas), the Deming Prize i the Deming Grand Prize.

2. KVALITETA I ZDRAVSTVO

Kvaliteta zdravstvene zaštite jest rezultat mjera koje se poduzimaju sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i smanjenje rizika za nastanak neželjenih posljedica za zdravlje ljudi. (5)

2.1. Kvaliteta i zdravstvo u Republici Hrvatskoj

Upravljanje kvalitetom u Republici Hrvatskoj (RH) regulirano je zakonskim okvirom. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu osnovana je 2007. godine na temelju Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite (NN 107/07), a 2009. godine započela je sa svojim radom. Godine 2011. mijenja svoje ime u Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi uz širenje svojeg djelovanja. Prema Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. – 2020., u kojoj su definirani prioriteti poticanja kvalitete u zdravstvenoj zaštiti, Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi ima važnu ulogu. Njena misija jest doprinosti uspostavljanju i razvoju sustava kvalitete; sigurnosti i zdravstvene zaštite; akreditacije; pružati preporuke o zdravstvenim tehnologijama temeljenim na znanstvenim dokazima te nacionalna i međunarodna suradnja. Njena vizija jest postati prepoznatljiv partner na nacionalnoj i međunarodnoj razini u području kvalitete zdravstvene zaštite i socijalne skrbi te procjene zdravstvenih tehnologija. Član je Međunarodnog stručnog društva za procjenu zdravstvenih tehnologija (HTAi) i *Health Technology Assessment Roundtable – Europe*. Od 2009. godine član je *ISQue – The International Society for Quality in Health Care*.



Slika 2.1. Djelovanje Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.

Od 1. siječnja 2019. godine, stupanjem na snagu novog Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite provodi se kroz Ministarstvo zdravstva umjesto Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.

U RH kvaliteta zdravstvene zaštite ostvaruje se kroz napore zdravstvenih radnika na temelju procjene kvalitete, mjerenju kvalitete i kontinuirane evaluacije kvalitete. Načela kojima se pritom potrebno voditi jesu: učinkovitost i djelotvornost cjelokupnog sustava kvalitete zdravstvene zaštite, orijentiranost prema pacijentima te sigurnost zdravstvenih postupaka. Danas svjedočimo brojnim promjenama u ukupnom broju zdravstvenih radnika u RH, što može utjecati na kvalitetu pružene zdravstvene skrbi. Tako je jasno da menadžment i organizacija zdravstvenog sustava, zdravstveni radnici, vještina i znanja, tehnologija, pa i povezanost obrazovnih struktura sa zdravstvenima može utjecati na kvalitetu.

Postoje tako brojni projekti/modeli/mreže u kojima zdravstvene ustanove u RH sudjeluju i/ili su sudjelovale: AHRQ, EUnetHTA JA (2010. – 2012.), EUnetHTA JA 2 (2012. – 2015.), EQUIPT (2013. – 2016.), OECD, PATH, SELFIE2020 (2015. – 2019.), SERVQUAL, SiMPatIE itd.

2.2. Kvaliteta i zdravo u Europskoj uniji i Sjedinjenim Američkim

Državama – osvrt

Promjena navika, obrazaca ponašanja i očekivanja, promjena okruženja te razvoj potrošačkog društva očitovali su se i u zdravstvenom sustavu. Pacijenti danas očekuju od zdravstvenog sustava ono što bi očekivali i od bilo koje druge uslužne djelatnosti. Tome pridonose i rastući troškovi zdravstvenih usluga. (6)

Postoji niz nacionalnih i međunarodnih organizacija koje se bave pitanjem kvalitete u zdravstvenoj skrbi i koje su utjecale na razvoj nacionalnih, regionalnih i međunarodnih strategija upravljanja kvalitetom u europskim zemljama. Među najutjecajnijim svjetskim organizacijama jesu *Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organisations* (JCAHO) i *Institute of Medicine* (IOM). U Europi su od posebne važnosti organizacije Europsko društvo za kvalitetu u zdravstvu (engl. *European Society for Quality in Healthcare*, ESQH), Vijeće Europe, Svjetska zdravstvena organizacija (SZO). (6)

Zemlje članice Europske unije (EU), iako ih karakterizira različitost, slijede suvremene trendove kako bi što dulje mogle opstati na tržištu. Isto je i kad je riječ o kvaliteti zdravstvene skrbi, bez obzira na geografske varijacije i ine različitosti. Europska komisija pritom navodi da im je cilj osigurati građanima EU visoki stupanj povjerenja u zdravstvene usluge uz pomoć *evidence – based* (hrv. temeljeno na dokazima) smjernica, implementacijom istih, unutarnjim i vanjskim procjenama, zakonskim okvirima, kao i setom standarda kvalitete koji su utemeljeni na smjernicama. Njihove metode uključuju involviranost građana, stručnjaka i sudionika u svim fazama kroz otvorene konzultacije, koncensuse, standardizaciju i recenziranje. Trenutno je glavna aktivnost Inicijativa Europske komisije za borbu protiv raka dojke (*European Comission Initiative on Breast Cancer – ECIBC*).

2.3. Kontrola kvalitete

„Kvalitetu zdravstvene skrbi moguće je mjeriti locirajući je unutar devet sljedećih dimenzija:

- Tehnička ograničenja mjerenja. Stupanj do kojeg zdravstveni radnici mogu ispuniti očekivanja pacijenata je ograničen i treba ga sagledavati u skladu sa standardima zdravstvene skrbi.

- Učinkovitost zdravstvene skrbi. Podrazumijeva stupanj do kojeg se realno postižu željeni, tj. ciljani rezultati u kvaliteti skrbi.
 - Učinkovitost pružanja zdravstvenih usluga. Omjer između izvršenih zdravstvenih usluga uvijek treba povezivati s troškovima koji nastaju kod pružanja takve skrbi.
 - Sigurnost pacijenata. Podrazumijeva dimenzioniranje kvalitete zdravstvene skrbi kroz stupanj do kojeg su mogući rizici od ozljeda, infekcija i drugih štetnih nuspojava koje treba svesti na minimum.
 - Pristup zdravstvenim uslugama. Ova dimenzija kvalitete zdravstvenih usluga označava stupanj do kojeg je odnosna zdravstvena usluga dostupna s geografskog, ekonomskog, društvenog, organizacijskog i jezičnog aspekta, te barijera koje treba savladati pri korištenju.
 - Međuljudski odnosi unutar zdravstvene organizacije su izuzetno važna dimenzija mjerenja kvalitete zdravstvene skrbi. Povjerenje, poštovanje, uvažavanje, povjerljivost, ljubaznost, učinkovito slušanje pacijenata i komunikacije samo su neki od tih aspekata.
 - Kontinuitet zdravstvene usluge značajno dimenzionira i pozicionira mjerenje kvalitete. Zdravstvena usluga pružena u diskontinuitetu ili kontinuitetu nemaju isti učinak na njenu kvalitetu.
 - Fizička struktura i udobnost zdravstvene organizacije koja pruža uslugu sagledana kroz niz atributa, kao što su: fizički, vanjski izgled zdravstvene ustanove, prometnice i parkirališta; čistoća prostorija; udobnost pacijenata tijekom boravka u zdravstvenoj organizaciji; zaštitu njihove privatnosti i niz drugih, važni su za kvalitetu i percepciju kvalitete zdravstvenih usluga.
 - Izbor pacijenta. Kad je god to realno izvedivo i moguće, sugerira se osigurati pacijentima izbor korištenja zdravstvene ustanove, liječnika i tijeka liječenja. Ovi sadržaji bitno determiniraju kvalitetu zdravstvene skrbi i metriku kvalitete."
- (7)

Svim zdravstvenim ustanovama, posebno bolničkim, potrebna je kontrola kvalitete kojoj prethodi uspostava iste s ciljem zadovoljstva pacijenata i sigurnosti, kao i zdravstvenih radnika. Poboljšanje skrbi nešto je na čemu se dugotrajno radi te kvaliteta predstavlja svojevrsnu garanciju za sigurnost pacijenata i provedenih postupaka. To sve vodi ka zajedničkom cilju – kvalitetnom zdravstvenom sustavu. Cilj

kvalitete u konačnici jest svesti ljudsku pogrešku na najmanju moguću razinu. Kontrola kvalitete vrši se unutarnjim i vanjskim procjenama kvalitete. Metode za poboljšanje kakvoće medicinske skrbi možemo podijeliti u dvije velike skupine: **unutarnji pregledi kakvoće** (engl. *internal quality reviews*) i **vanjski pregledi kakvoće** (engl. *external quality reviews*). (8) Unutarnje preglede obavljaju liječnici, medicinske sestre i drugi zdravstveni radnici s ciljem otkrivanja nedostataka i njihovih uzroka kao i njihovog sprječavanja i ispravljanja što dovodi do poboljšanja kvalitete.

2.4. Osiguranje kvalitete

Zajedno s pojavom niza normi ISO 9000 dolazi i do evolucije pojma „kontrola kvalitete“ u pojam „osiguranje kvalitete.“ (3) Osiguranje kvalitete označava planirane i sistematične aktivnosti implementirane u sustav kvalitete kako bi zahtjevi u pogledu kvalitete proizvoda i usluga bili ispunjeni. (3) Osiguranje kvalitete, u zdravstvu, garantira ponajprije sigurnost pacijenata i svih postupaka koji se oko njega provode te njegovo zadovoljstvo, ali i sigurnost i zadovoljstvo zdravstvenih djelatnika.

2.5. Upravljanje kvalitetom

Američko udruženje za kvalitetu (*American Society for Quality – ASQ*), kaže: „Upravljanje kvalitetom predstavlja primjenu formaliziranih sustava s ciljem postizanja maksimalnog zadovoljstva kupca uz minimalne ukupne troškove i postizanje konstantnog napretka.“

Sustav upravljanja kvalitetom može se temeljiti na nekoliko različitih modela, tj. pristupa. To su:

- ISO 9000,
- *Total Quality Management* (TQM),
- *Six Sigma* ili Šest Sigma,
- *Plan – Do – Check – Act* (PDCA).

ISO 9000

Sustavi kvalitete, prema normama ISO 9000, dokazali su se kao korisno sredstvo upravljanja kvalitetom. Godine 1987. Međunarodna organizacija za normizaciju izdala jest međunarodne norme serije ISO 9000 koje dolaze kao i europske norme serije EN 2900. U nepromijenjenom obliku preuzimaju ih sve zemlje članice ISO, pa i RH. (9)

Total Quality Management (TQM) označava cjelovito upravljanje kvalitetom i zapravo sustavno i kontinuirano upravljanje kvalitetom cjelokupne organizacije. Njegova su glavna obilježja: obuhvaća cijelu organizaciju i sve zdravstvene usluge (output) organizacije, krajnji je cilj smisao i zadaća zapravo zadovoljstvo pacijenata, problemi se rješavaju međusobno zajedno – u tome sudjeluju svi djelatnici. Najveći je naglasak stavljen u preventivnim aspektima, sadržajima i mjerama u unaprjeđenju kvalitete usluga, problemi se isto tako rješavaju odmah, po nastanku, bez odgađanja – na licu mjesta i tamo gdje nastaju – na svom izvoru.

Međutim i za uspostavu TQM postoji nekoliko faza:

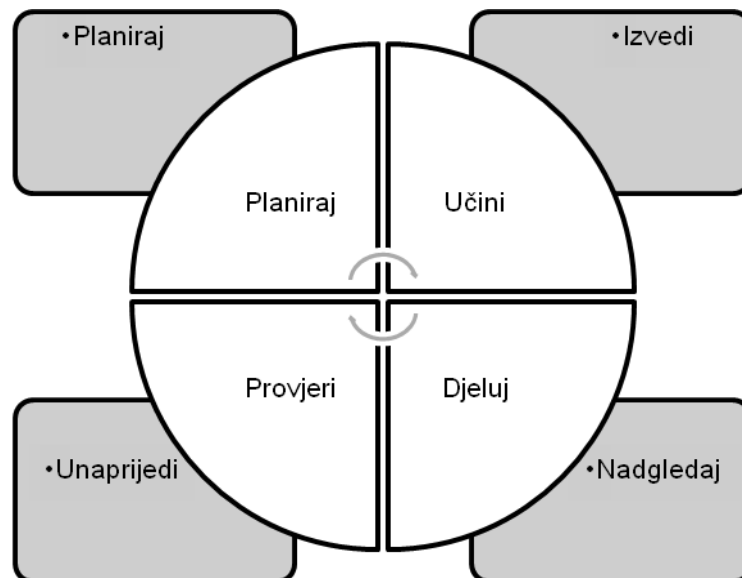
- a) pripremna faza,
- b) faza planiranja uvođenja,
- c) implementacija sustava
- d) kontrola. (7)

Six Sigma ili **Šest sigma** ili „najpametniji“ način vođenja orijentira se na tri područja: poboljšanje zadovoljstva kupaca, smanjenje ciklusa vremena i smanjenje pogreški proizvoda. Ako se ta tri područja zadovolje, očekuju se: goleme uštede koje prati zadovoljstvo kupaca i, posljedično, uglednog (i sigurnog) proizvoda i/ili usluge).

Može se definirati i kao:

1. Statističko mjerenje izvođenja procesa ili proizvoda.
2. Cilj koji postiže skoro savršenstvo za poboljšanje izvedbe.
3. Sistem upravljanja da se postigne što dugoročnije vodstvo u biznisu i svjetsko obavljanje posla. (10)

Plan – Do – Check – Act ili **Planiraj – Učini – Provjeri – Djeluj (PDCA)** autora Williama Edwardsa Deminga opisuje težnju za analizom, istraživanjem i planiranjem.



Slika 2.2.PDCA krug prema ASQ. (11)

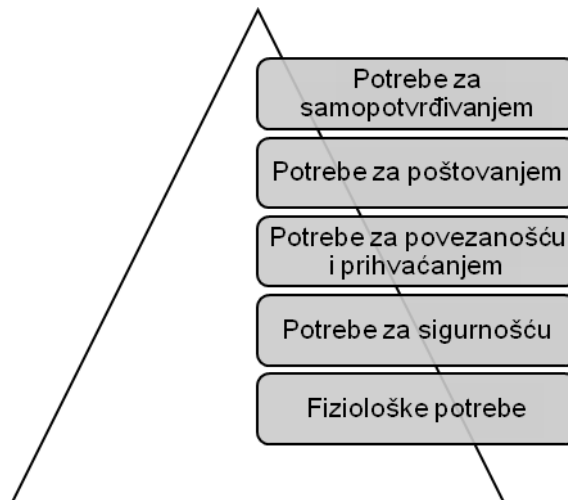
2.6. Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj zaštiti

Prema Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi i sukladno Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi klinički pokazatelji kvalitete su sredstva mjerenja u obavljanju zdravstvenih postupaka određenih vrijednostima koje služe za prikazivanje rezultata tih postupaka. (12)

PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*), projekt Regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za Europu pruža bolnicama standardiziran i sveobuhvatan alat za vrednovanje vlastitih rezultata i razvoj mjera za unaprjeđenje kvalitete. Program PATH pokrenut jest 2008. godine i u Hrvatskoj, a od 2009. godine provodi se u bolnicama koje su se dobrovoljno odlučile u njega uključiti. Programi u području mjerenja i poboljšanja kvalitete, uključujući i PATH, zasnivaju se na spoznaji da se kvaliteta zdravstvene zaštite može procijeniti, mjeriti i poboljšati, a najbolji alat u tome su pokazatelji kvalitete. (13)

Očekivanja pacijenata od zdravstvenog tima mnogo su veća, raznovrsnija i šira od užeg poimanja zdravstvene usluge. (7) Kao i svaka potreba, i potreba za zdravljem nije statična. Ona evoluirala tijekom vremena. (7) Osim znanja zdravstvenih djelatnika, potrebno je mnogo više: čistoća, opremljenost i ugodnost zdravstvene ustanove, komunikacijske vještine zdravstvenih djelatnika i sigurnost. U posljednje vrijeme pacijenti brinu i hoće li zdravstveni djelatnici imati vremena dovoljno se njima pozabaviti zbog velikog opsega posla kojem svjedoče. Iako je prošlo više od

šezdeset godina otkako smo čuli za teoriju potreba Abrahama Harolda Maslowa, ona i danas predstavlja putokaz za upravljanje ljudskim potrebama u zdravstvu.



Slika 2.4. Hijerarhijska struktura ljudskih potreba po Maslowu. (14)

„Solayappan, Jayakrishnan i Velmani su došli do rezultata čimbenika koji čine najveći jaz između očekivane i doživljene kvalitete zdravstvenih usluga kod pacijenata (Solayappan, A., Jayakrishnan, J., Velmani S., 2011). To su:

- uredan izgled zaposlenika,
- nedostatak interesa za rješavanje problema,
- komunikacija u svezi usluge,
- ispunjavanje obećanja zdravstvenog radnika,
- nedostatna znanja da se odgovori na upit pacijenta,
- urednost izgleda bolnice,
- čistoća poda, mijenjanja posteljine u sobama bolesnika.“ (7)

„Potreba čovjeka za zdravljem temeljna je ljudska potreba. Kod zadovoljenja ljudskih potreba, treba imati u vidu sljedeće:

- izbor pružatelja zdravstvenih usluga je često definiran zakonom, razvijenošću sustava zdravstvene skrbi zemlje, te regionalnim i geografskim značajkama,
- aktualnost određene zdravstvene potrebe često bez volje čovjeka određuje izbor pružatelja zdravstvene usluge (čovjek stradao u nekoj nesreći ne bira sam i ne donosi odluku u kojoj zdravstvenoj ustanovi će mu biti pružena prva pomoć),

- čovjek, ako nema odgovarajuću zdravstvenu pismenost, ali i u situaciji ako je i sam zdravstveni radnik, često nema dovoljno znanja i iskustva da može sam donositi odluku o svom zdravstvenom zbrinjavanju i povjerava tu potrebu osposobljenim zdravstvenim radnicima,
- rješavanje zdravstvenih potreba počiva i temelji se najčešće na povjerenju čovjeka u određenu zdravstvenu ustanovu i zdravstveni tim i vjerovanje da tu njegovu potrebu mogu učinkovito riješiti.“ (7)

Prikupljanje obavijesti o zadovoljstvu ili o nezadovoljstvu te razlozima za zadovoljstvo ili nezadovoljstvo nužna je i važna sastavnica svakog pothvata za unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite. (8) Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj zaštiti, koji se redovito prate, definirani su od strane Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, odnosno Ministarstva zdravstva.

2.7. Standardi kvalitete

Standardi kvalitete zdravstvene zaštite jesu precizni kvantificirani opisi mjerila u vezi s obavljanjem zdravstvenih postupaka, zdravstvenim radnicima, opremom, materijalima i okolišem u kojima se obavljaju zdravstveni postupci, a kojima se osigurava kvaliteta zdravstvene zaštite. (5)

Godine 1998. *Institute of Medicine* (IOM) donio jest sljedeće zaključke:

1. Kvaliteta može biti definirana i mjerljiva.
2. Problemi kvalitete su opsežni i ozbiljni.
3. Trenutno unaprjeđenje kvalitete nije adekvatno.
4. Postoji potreba za brzom promjenom. (15)

Standardi kvalitete zdravstvene zaštite, prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite, jesu:

1. neprekidno poboljšanje kvalitete kliničkih i nekliničkih postupaka,
2. sigurnost pacijenata i osoblja,
3. medicinska dokumentacija,
4. prava i iskustva pacijenata, zadovoljstvo osoblja,
5. kontrola infekcija,
6. smrtni slučajevi i obdukcija,

7. praćenje nuspojava lijekova i štetnih događaja vezanih uz medicinske proizvode,
8. unutarnja ocjena,
9. nadzor sustava osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite.

Standardima kvalitete i pokazateljima kvalitete ocjenjuje se sustav kvalitete. (16)

3. KVALITETA I ZDRAVSTVENA NJEGA

Medicinske sestre oduvijek su promišljale o kvaliteti zdravstvene njege koju pružaju svojim pacijentima, ali u dalekoj je prošlosti najveći preokret učinila Florence Nightingale, majka i začetnica modernog sestrinstva. Svojim je vještinama i znanjima, napose organizacijskim sposobnostima, uspjela poboljšati zdravstvene prilike u vojsci tijekom Krimskog rata da je smrtnost pala na oko 2% (u usporedbi s dotadašnjih više od 50%). Potom se, bitno kasnije, kvaliteta u zdravstvenoj njezi počela razvijati u SAD – u gdje, zapravo, prati razvoj medicinske skrbi (1952. do 1966. godina) uz pomoć *American Nurses Association* (ANA), dok je u Republici Hrvatskoj razvoj sestrinske profesije dugo godina bio „u sjeni“ i „kaskao“ za medicinskom profesijom. Vodilo se računa o kvaliteti zdravstvene njege, ali nije postojao sustav kojim bi se ista poboljšala.

3.1. Kvaliteta i sestrinstvo u Republici Hrvatskoj

Sestrinstvo u RH ima bogatu tradiciju. Početkom 20 – ih godina prošloga stoljeća osnivale su se brojne (srednje i više) škole za medicinske sestre, mijenjao se način njihova obrazovanja, sve u skladu s mnogobrojnim reformama. Ipak, medicinske sestre nisu s lakoćom nizale uspjehe jer su bile „u sjeni“ liječnika. Sestrinstvo nije bilo profesija.

Najvažniji trenutak dogodio se 90 – ih godina prošloga stoljeća kada se počelo ozbiljnije promišljati o sestrinstvu. Tako je 2003. godine, u sklopu Zakona o zdravstvenoj zaštiti, donesen i Zakon o sestrinstvu a značio je dugo željenu profesionalizaciju i valorizaciju sestrinstva. Uspostavljena je zatim i sestrinska dokumentacija a donesen je, potom, i Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Sestrinskoj dokumentaciji prethodio je još jedan značajan događaj: osnutak Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS), regulacijskog tijela za sestrinstvo u Republici Hrvatskoj koja je, prema statutu, strukovna samostalna organizacija medicinskih sestara sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima a koju su osnovali Ministarstvo zdravstva i Hrvatska udruga medicinskih sestara (HUMS).

3.2. Mjerenje i procjena kvalitete u zdravstvenoj njezi

Prema *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) postoje tri metode mjerenja standarda kvalitete: strukturalne, procesne i ishodišne mjere (cilj). Mogu se

usko povezati i sa sestrinskom profesijom. Strukturalni su fokusirani na unutarnje funkcioniranje zdravstvene ustanove i njene radnike, a reguliraju okolinu s ciljem osiguranja kvalitete. Mjere procesa usmjerene su na obavljanje stručnih aktivnosti u zdravstvenoj ustanovi u skladu s onim što je propisano, dok ishodišne mjere (ciljevi) procjenjuju doводи li sestrinska skrb do značajne razlike u zdravstvenom stanju populacije. Sestrinstvo je, dakle, odavna usmjereno na pružanje vrsne skrbi, a nit vodilja oduvijek je bila ponajprije sigurnost pacijenata. Organizacija rada u sestrinstvu mora biti dinamična, fleksibilna, jasna i stimulativna za razvoj suvremenih tendencija u zdravstvenoj njezi. (2)

Danas su problemi koji uzrokuju pogreške u osiguranju kvalitete u sestrinstvu sljedeći:

1. nepoštivanje standardnih operativnih postupaka,
2. loše, osiromašeno vodstvo,
3. loša komunikacija i loš timski rad,
4. neuspješno predviđanje pogrešaka,
5. predviđanje ili ignoriranje vlastite pogrešivosti i
6. gubljenje traga ciljevima. (17)

Prema Zakonu o sestrinstvu zdravstvena/sestrinska njega je javna djelatnost te podliježe kontroli zadovoljenja standarda obrazovanja i standarda kvalitete. Kontrolu kvalitete zdravstvene njege provodi za to posebno educirana medicinska sestra kao član tima koji imenuje poslodavac u suradnji s ministarstvom nadležnim za zdravstvo i Hrvatskom komorom medicinskih sestara. Kontrolu kvalitete rada medicinskih sestara naročito obuhvaća: plan zdravstvene njege, provođenje postupaka zdravstvene njege, rezultate zdravstvene njege i utjecaj zdravstvene njege na zdravstveni status bolesnika. (1)

Još je 2007. godine Shelly Cohen godine dala preporuke za jačanje identiteta medicinskih sestara:

- Uvijek se predstavljati kao medicinska sestra.
- Identificirati profesionalni izgled primjeren radnom okruženju i jačati ga.
- Identificirati profesionalno ponašanje i jačati ga.
- Koristiti svaku priliku govoriti javno o sestrinstvu.
- Dokumentirati što medicinske sestre rade i koliko su važne. (18)

3.3. Kvaliteta i zdravstvena njega u Europskoj uniji i Sjedinjenim Američkim Državama – osvrt

U EU postavljaju se važni temelji, važni standardi kvalitete u zdravstvenoj njezi. Međutim, u dokumentu *Nursing in Europe: a resource for better health* (WHO Regional Publications, European Series, No. 74) iz 1997. godine piše da je zdravstvena njega pružena od strane medicinskih sestara doživljena kao ogroman, ali neispunjen potencijal koji bi mogao postići poboljšanje u zdravlju i smanjiti troškove koji se gomilaju u zdravstvenom sustavu. Dokument je dio istraživanja koje je provedeno u 45 europskih zemalja (uključujući i RH) a koje je dalo zanimljive zaključke, u konačnici i to da medicinske sestre često imaju poteškoće u ostvarivanju prava na sudjelovanje u donošenju odluka, dijelom zato što njima gotovo uvijek dominiraju liječnici i /ili administratori koji prirodno preuzimaju vodstvo. Nadalje, socijalizacija kao žena i kao medicinska sestra može podrazumijevati pasivnost i podređenost (npr. muškarci u sestrinstvu bili su upadljivo uspješniji od žena na višim položajima, često zbog predstavljanja sebe primarno kao menadžera, a ne kao medicinskog tehničara). Značajno je istraživanje bilo i *Nurse forecasting in Europe* (RN4CAST): *Rationale, design and methodology*, najveće istraživanje o sestrinstvu u Europi. Tako su se Direktivom 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 07. rujna 2005. godine o priznavanju stručnih kvalifikacija (zadnja pročišćena verzija: 01. prosinca 2017. godine) utvrdila pravila za pristup i obavljanje profesije na temelju kojih države članice koje pristup reguliranim profesijama i njihovo obavljanje na svom državnom području uvjetuju posjedovanjem određenih stručnih kvalifikacija, koje nositelju omogućuju obavljanje iste profesije kao u matičnoj državi članici. U cijeloj se Europi teži standardizaciji sestriinske profesije i svih njezinih sastavnica i, premda brojna zbivanja pogađaju i medicinske sestre, ona moraju biti poticaj za korjenite reforme u sestrinstvu.

U SAD – u o kvaliteti u zdravstvenoj njezi počelo se govoriti još davnih 1950 – ih godina poput 1948. godine (*The Brown Report: Future of Nursing*), preko 1983. godine (*Institute of Medicine Committee on Nursing and Education*),... *American Nurses Association* je 1973. godine izdala *Standards of Community Health, Maternal and Child Health, Geriatric, and Psychiatric and Mental Health Nursing Practice*, uz dodatak općenitih *Standards of Nursing Practice*. Svo to vrijeme (1963., 1974. –

1976., 1978., 1990., 2001.,...) ANA snažno spominje i utječe na kvalitetu u zdravstvenoj njezi.

Danas, općenito, u SAD – u postoje brojna udruženja medicinskih sestara koje neprekidno brinu o kvaliteti u zdravstvenoj njezi i koji ju dalje razvijaju: ANA, ANCC (*American Nurses Credentialing Center*), *American Nurses Foundation*, NAHQ (*National Association for Healthcare Quality*),...

Sestrinstvo se razvijalo sukladno društvenim i političkim događanjima koje su katkad bile uzrokom njegove stagnacije. Uglavnom je nailazilo na „kamen spoticanja.“ Međutim, danas se i to počelo mijenjati, prema onome što vidimo, na bolje.

4. POKAZATELJI KVALITETE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

4.1. Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi

U cilju ocjene i unaprjeđenja kvalitete cjelokupne zdravstvene zaštite (uključujući i zdravstvenu njegu), uspostavljeni su pokazatelji kvalitete. To su, prema Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, sredstva mjerenja u obavljanju zdravstvenih postupaka. Uz pomoć pokazatelja kvalitete prikazuju se rezultati zdravstvenih postupaka. Definiraju kako, kada i gdje prikupljati podatke, čijom će se analizom ustanoviti što treba promijeniti u dosadašnjoj praksi i kako unaprijediti trenutni postupak, koji će tako dati bolje i učinkovitije rezultate. (12)

Predstavljaju, dakle, moćno sredstvo koje služi za uvid u adekvatnost zdravstvene zaštite i sastavni su dio dobrog menadžmenta i profesionalnosti koji se, zapravo, nalaze u samom središtu upravljanja kvalitetom u zdravstvenoj njezi. Oni, zapravo, procjenjuju zadovoljava li pružena usluga, u ovom slučaju zdravstvena njega, postavljene standarde kvalitete.

Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi vrsta su standarda kvalitete i služe za tzv. praćenje i evaluaciju izvedbe. Kvantitativno procjenjuju što jest učinjeno i „stimulansi“ su za bolji rad. Mjerni su instrumenti, ali njihov naglasak nije evaluirati izvođača, već ga potaknuti da osvijesti svoj rad, da što bolje radi. (19)

Ipak, pokazatelji kvalitete imaju niz metodoloških provjera i ograničenja kako bi bili valjani. Pokazatelje kvalitete tako možemo ocjenjivati na validnost koja može biti:

- stvarna: mjeri li pokazatelj ono što tvrdi da mjeri,
 - sadržajna: postoji li adekvatno uzorkovanje u odnosu na različite dimenzije kvalitete koje se mjere,
 - konstruktivna: postoji li korelacija između različitih pokazatelja u mjernom sistemu izvedbe,
 - prediktivna: može li pokazatelj kvalitete predvidjeti buduće događaje,
 - konkurentna validnost: u kojoj mjeri pokazatelj korelira s drugim pokazateljem.
- (19)

Tradicionalno se, kako je prethodno rečeno, kvaliteta poistovjećuje s izvrsnošću odnosno kao dosegnutim stupnjem izvrsnosti.

Načinom mjerenja pokazatelje kvalitete u zdravstvenoj njezi dijelimo u osnovne tri skupine:

1. pokazatelje strukture (postotak ili brojka obučenog osoblja),
2. pokazatelje procesa (vrijeme čekanja na uslugu i sl.),
3. rezultate izvedbi (postotak pacijenata kod kojih je primijenjena odgovarajuća metoda).

Nadalje, pokazatelji kvalitete ocjenjuju se s obzirom na pouzdanost, odnosno u kojoj su mjeri dobiveni podaci točni kroz opetovana mjerenja, ukratko, pokazatelji kvalitete moraju biti zasnovani na dokazima. Definiranje pokazatelja kvalitete je zahtjevno, posebno kada je riječ o zdravstvenoj njezi u RH. Oni moraju dati objektivne, pouzdane i značajne informacije o važnim pitanjima. (19)

Pokazatelji kvalitete kvantitativna su mjera kvalitete, a kvaliteta mora imati mjerljive pokazatelje. S obzirom da su pokazatelji kvalitete kvantitativna mjera, nakon uspostave, potrebno je iznaći načine njihova mjerenja. U tu svrhu definiraju se pragovi evaluacije, odnosno postotak u kojem se pokazatelj kvalitete pojavljuje. Zatim slijedi prikupljanje podataka i njihova analiza koja pomaže u daljnjem rješavanju problema i unaprjeđenju kvalitete. (20)

4.2. Upotreba pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi

U mnogo područja za poboljšanje zdravstvene skrbi potrebno je uključiti medicinske sestre (npr. bolničke infekcije, dekubitus, zadovoljstvo bolesnika...), jer sestrinska skrb utječe na stupanj kvalitete zdravstvene skrbi pružene u zdravstvenoj ustanovi. Zato medicinske sestre moraju razviti posebne načine za procjenu, mjerenje, kao i unaprjeđenje. (8)

Pokazatelji kvalitete zdravstvene njege važni su za procjenu pružene zdravstvene njege, za unaprjeđenje kvalitete zdravstvene njege i definiranje strategija uz pomoću kojih je moguće postići zadane ciljeve. Prema *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) atributi pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi su jednostavnost, niska cijena, objektivnost, osjetljivost, specifičnost i validnost. Tako kontrola kvalitete u zdravstvenoj njezi predstavlja osnovnu strategiju u pružanju pouzdane zdravstvene njege. (21)

4.3. Vrste pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi

Pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi identificiraju strukturu zdravstvene njege, ali i proces zdravstvene njege te utječu na njen ishod. Različiti su od tzv. medicinskih pokazatelja kvalitete. (22)

Postoje brojne podjele, odnosno vrste pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi. *State Nurses Associations* (SNA) dala je deset kategorija pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi:

1. struktura sestrinskog osoblja s obzirom na razinu edukacije koje skrbi na odjelima akutne skrbi,
2. ukupan broj sati zdravstvene njege pružene bolesniku tijekom jednog dana,
3. dekubitus,
4. padovi bolesnika,
5. zadovoljstvo bolesnika tretiranjem boli,
6. zadovoljstvo bolesnika edukacijskim informacijama,
7. zadovoljstvo bolesnika cjelokupnom skrbi,
8. zadovoljstvo bolesnika sestrinskom skrbi,
9. postotak bolničkih infekcija,
10. zadovoljstvo medicinskih sestara. (20)

U nastavku (od 4.4.) bit će obrađeni neki od najčešćih pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi koje u RH trebamo nastaviti pratiti i razvijati.

4.4. Bol

Bol jest neugodan osjećajni i osjetni doživljaj koji nastaje zbog stimulacije specijaliziranih živčanih završetaka, povezan s potencijalnim ili stvarnim oštećenjem tkiva. (23) Najčešće citirana definicija boli u zdravstvenoj njezi jest: „Bol je što god osoba koja ju doživljava kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji.“ (Margo McCaferly, 1968.). Vodeća su sljedeća obilježja:

- bolesnikove izjave o postojanju, intenzitetu, lokalizaciji i trajanju boli,
- autonomne reakcije koje prate akutnu bol,
- zaštitno ponašanje,
- usmjerenost na bol,
- ponašanje kao što su jaukanje i plakanje, izraz lica i mišićni tonus. (24)

Medicinska sestra mjeri i procjenjuje te dokumentira bol barem jednom tijekom osam sati, nakon što primjeni terapiju, koristeći validnu skalu boli. Najveći problem uočen jest izostanak funkcionalne procjene. Sestrinska dokumentacija, odnosno Plan zdravstvene njege trebaju detaljno opisati na koji će način biti provedena procjena boli, izbjegavajući pritom generaliziranje, a pridržavajući se načela individualnog pristupa. (25)

Ciljevi kojima će medicinska sestra težiti:

1. Bolesnik će na skali boli iskazati manju jačinu boli od početne.
2. Bolesnik će prepoznati uzroke koji povećavaju ili smanjuju bol.
3. Bolesnik neće osjećati bol.

Intervencije medicinske sestre:

- Stvoriti odnos povjerenja.
- Pitati bolesnika o prethodnim bolnim iskustvima i načinima ublažavanja boli.
- Smanjiti uzroke koji mogu povećati bol kao što je zabrinutost od izolacije, strah od nepodnošljive boli i umora.
- Prihvatiti bolesnikov opis boli.
- Ohrabriti bolesnika da postigne dostatan odmor.
- Otkriti lokalizaciju. (24)

4.5. Bolničke infekcije

Bolnička infekcija, odnosno infekcija povezana sa zdravstvenom skrbi (engl. *Healthcare – associated infections, HCAI*) jest svaka infekcija bolesnika koja se javlja nezavisno o primarnom oboljenju ili svaka infekcija zdrave osobe (zaposlenika), za koju se utvrdi da je do nje došlo kao posljedica dijagnostike, liječenja ili skrbi, a razvije se tijekom liječenja i skrbi, nakon dijagnostičkog ili terapijskog i otpusta iz bolnice/pružatelja usluga socijalne skrbi u određenom vremenskom periodu. (26) Mjere za sprječavanje i suzbijanje širenja bolničkih infekcija propisane su zakonskim okvirom, Pravilnikom o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija.

U suvremenoj zdravstvenoj zaštiti diljem svijeta bolničke infekcije postaju sve veći problem. Značajno im raste broj, težina, ali i komplikacije. (27) Značajno utječu na mortalitet, morbiditet i kvalitetu života. Ujedno predstavljaju i ekonomski teret

zdravstvenom sustavu. Od 5 do 10% bolesnika zaprimljenih u bolničku sredinu steknu infekciju različitog stupnja intenziteta. (27)

Većinu bolničkih infekcija moguće je spriječiti uz učinkovito provođenje mjera kontrole i prevencije. (28) Medicinske sestre kao zdravstveni radnici uz postelju bolesnika značajno utječu na sprječavanje bolničkih infekcija. Kontrola infekcija predmnijeva unaprjeđenje kvalitete. Ipak, nije usmjerena samo na poboljšanje skrbi o bolesniku, već i na zaštitu zdravlja zdravstvenih radnika. (27)

4.6. Dekubitus

Dekubitus se kao bolest pojavio još u pradavno doba. Rane od ležanja pronađene su još na egipatskim mumijama starijima od pet tisuća godina. Stari su Egipćani za liječenje dekubitusa koristili med. Tek se oko 20. stoljeća, otkrićem antibiotika, dogodio zaokret u liječenju. (29)

Bez obzira na medicinske napretke, pojavnost dekubitusa u zdravstvu još uvijek predstavlja ozbiljan problem u fizičkoj i psihičkoj patnji za bolesnika, ali i njegovu obitelj. (30) Dekubitus je čest u nepokretnih i starijih bolesnika. Trošak liječenja dekubitusa je 2,5 puta složeniji i skuplji od njegove prevencije. Dekubitus također povećava duljinu hospitalizacije od 4 do 30 dana, što utječe na kvalitetu bolesnikova života. Problem čini i što su, umnogome, intervencije medicinskih sestara zasnovane više na intuiciji, iskustvu ili navikama nego na znanju. (31) Diljem svijeta kvaliteta i sigurnost bolesnika predstavljaju imperativ za zdravstveni sustav. (32)

Prema definiciji *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) dekubitus jest lokalno oštećenje kože ili potkožnog tkiva nastalo zbog sile pritiska, smicanja ili trenja, odnosno njihovom kombinacijom. Dok je to nekad bila pojava u nepokretnih i starijih ljudi, danas se dekubitus javlja u svim dobnim skupinama, osobito nakon dugotrajnog ležanja, prometnih nesreća s paraplegijom i tetraplegijom, ali i porastom ozljeda u tzv. ekstremnim sportovima, kirurških zahvata i sl. Ipak, i nadalje se u najvećoj mjeri dekubitusi javljaju u najstarijoj dobnoj skupini. Za procjenu rizika od nastanka dekubitusa najčešće se koriste sljedeće ljestvice klasificiranja: Bradenova, Gosnellova, Knollowa i Nortonova. (33)

Intervencije medicinske sestre u sprječavanju dekubitusa uključuju: poznavanje čimbenika koji utječu na nastanak dekubitusa, planiranje i provođenje mjera za

spriječavanje dekubitusa i pravovremeno uočavanje početnih znakova dekubitusa, kao i poduzimanje odgovarajućih postupaka. (2)

Razlikujemo četiri stadija dekubitusa.

Prvi stadij obuhvaća crvenilo na koži na pritisak pobjedi a nakon nekoliko sekundi nestaje. Ako crvenilo ostaje, to je znak za poduzimanje hitnih mjera.

Drugi stadij obuhvaća stanjivanje kože. Pojava rane zahvaća sve površinske slojeve. Promjene koje sa sobom nosi drugi stadij zahvaćaju slojeve muskulature i mišićnih ovojnica. Može se reći da je to neosporan dokaz da se bolesniku nije posvećivala dovoljna pažnja i da je nastanak prvog stadija predviđen u prevenciji i liječenju.

U trećem stadiju zahvaćeni su promjenama u ishrani tkiva svi slojevi s nekrozom potkožnog tkiva. Stanje se očituje ranom obično dubokog kratera. Pojava infekcije je u tom stadiju vrlo česta. Ovaj stadij traje vremenski vrlo kratko, tako da se mjere za poboljšanje cijeljenja rane moraju intenzivirati.

U četvrtom stadiju zahvaćeni su svi slojevi destruktivnim procesima. Nerijetko nalazimo manje otvore na koži, što stvara pogrešan dojam o opsežnosti destruktivnog procesa. U ovom su stadiju česte i teške infekcije, koje treba na odgovarajući način suzbijati. (34)

4.7. Pad bolesnika

Jedan od prepoznatih pokazatelja kvalitete u zdravstvenoj njezi kojima se može mjeriti kvaliteta iste jesu padovi bolesnika. Isto tako, padove i posljedice pada smatramo čestim događajima u zdravstvenim ustanovama koji uzrokuju neugodu, nemogućnost za starije i stres za zdravstvene radnike. (35) Riječ je o teško iskorjenjivim problemima u zdravstvu, a Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira ga kao nehotečno spuštanje na pod, tlo ili neku drugu nižu površinu. (36) Posljedice pada mogu biti teže ili lakše ozljede, ali i psihičke tegobe poput depresije i sl. Nerijetko produljuju hospitalizaciju i uzrokuju troškove u zdravstvenoj ustanovi.

Medicinska sestra zadužena je za procjenu rizika za pad, a pravilnom procjenom rizika za pad čimbenici rizika postaju vidljivi i time se mogu ukloniti odgovarajućom intervencijom. Sestrinska anamneza omogućuje prepoznavanje i rješavanje bolesnikovih zdravstvenih potreba koje se odnose na osnovne ljudske potrebe

(potrebe za sigurnošću). Kao pomoć pri rizik za pad jest Morseova ljestvica za procjenu rizika za pad koja čini dio sestrinske dokumentacije. (24) Mogući raspon bodova iznosi od 0 do 125. Dobiveni rezultati interpretiraju se na sljedeći način:

- 45 i više bodova – visoki rizik, od 25 do 44 boda – umjeren rizik, od 0 do 24 boda – nizak rizik.

4.8. Primopredaja bolesnika

Sestrinska primopredaja jest kad medicinska sestra odgovornost za zdravstvenu njegu bolesnika preda drugoj medicinskoj sestri, nakon završetka smjene. Prosječno se sestrinska primopredaja bolesnika zbiva tri puta na dan za svakog bolesnika. (23) Sestrinska primopredaja bolesnika (engl. *handover, hand – off, shift – report, patient transfer*) definira se na različite načine i ne postoji opće prihvaćena definicija, ali je, prema *Australian Medical Association (AMA)*, primopredaja definirana kao prijenos profesionalne nadležnosti i odgovornosti za dio ili cijeli aspekt zdravstvene zaštite bolesnika ili skupine bolesnika na drugu osobu ili skupinu stručnjaka na privremenoj ili trajnoj osnovi. (37)

Primopredaja bolesnika mora imati za cilj pacijentu i njegovoj obitelji usmjereno izvješće uz krevet bolesnika te unaprijeđenje informacija koje će osiguravati bolesnikovu sigurnost i zadovoljstvo. Cilj je partnerstvo, a ne jednostrana komunikacija u kojoj isključivo medicinska sestra govori, medicinskim žargonom, bez mogućnosti da bolesnik iskaže što osjeća. Informacija se mora razmjenjivati između zdravstvenih djelatnika, medicinskih sestara, bolesnika, ali i njegove obitelji. Oni su, napose, partneri u nastojanju da medicinske sestre pruže sigurnu i kvalitetnu zdravstvenu njegu. (38)

Pravilna primopredaja službe između smjena osigurava kontinuitet i kvalitetu rada medicinskih sestara, daje potpunu sliku o stanju na odjelu i stanju bolesnika, na njihovo zadovoljstvo i zadovoljstvo svih koji sudjeluju u radu odjela. (2)

4.9. Sestrinska dokumentacija

Sestrinska dokumentacija regulirana jest Pravilnikom o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. Sastoji se od obaveznog dijela (prilozi 1. – 6.a i prilog 13.) te obrascima sestrinske dokumentacije (prilog 3.a, 7., 8., 9., 10., 11. i 12). Sestrinske intervencije važne su u zdravstvu i usmjerene su na rješavanje bolesnikovih problema. Sestrinska dokumentacija treba biti redovito kontrolirana,

praćena i evaluirana. Kvaliteta zdravstvene njege mora biti usmjerena ka povećanju bolesnikove sigurnosti, zadovoljstva, ali i učinkovitosti zdravstvene njege. (26)

4.10. Zadovoljstvo pacijenata

Zadovoljstvo pacijenata sve se više koristi kao pokazatelj kvalitete zdravstvene njege. Iako je zadovoljstvo subjektivna kategorija, ona može pomoći u unaprjeđenju kvalitete kako zdravstvene njege, tako i cjelokupne zdravstvene zaštite. Subjektivna je kategorija iz razloga što svaka osoba na drugačiji način iskazuje zadovoljstvo te je ono podložno brojnim utjecajima. Zadovoljstvo pacijenata jest, prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, predodžba pacijenta o stupnju u kojem su zadovoljeni njegovi zahtjevi.

Medicinske sestre čine veliki broj zaposlenika zdravstvenih ustanova (posebno bolničkih) i njihove usluge znatno pridonose cjelokupnoj kvaliteti njihovih usluga te su važan čimbenik u osiguranju kvalitete i pozitivne percepcije zdravstvene usluge. (39)

Na očekivanja pacijenata najviše utječu:

- zabrinutost zbog vlastitog zdravlja i ishoda liječenja,
- povjerenje u zdravstveni tim i bolnicu koji pružaju uslugu,
- tajnovitost (mistifikacija) ili demistifikacija prirode i pružanja zdravstvenih usluga,
- vijesti o etičnosti i ne etičnosti ponašanja zdravstvenih radnika. (7)

5. ZAKLJUČAK

U RH još uvijek manjka radova, ali i studija o pokazateljima kvalitete u zdravstvenoj njezi. To možda proizlazi iz činjenice da sve više medicinskih sestara nedostaje i/ili da ostali uvjeti rada nisu motivirajući i zadovoljavajući. Međutim, potrebno je osvijestiti potrebu za pokazateljima kvalitete u zdravstvenoj njezi i razvijati iste kako bi zdravstvena njega išla u korak s trendovima. Implementacija strategije koja promiče korištenje pokazatelja kvalitete u svakodnevnom radu učinit će integraciju istih u svakodnevni rad medicinskih sestara.

Razvidno jest da pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi nisu čvrsto usuglašeni, a to se pripisuje ponajprije njihovo nedovoljno jasnoj definiciji, kao i metodama prikupljanja istih i analize. Zasad to ovisi o svakoj zdravstvenoj ustanovi posebno, ali uz zdravstvenu njegu vežemo neke od pokazatelja sigurnosti (npr. dekubitus i pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi).

Jednom kad se definiraju i uspostave za sestrinstvo, pokazatelji kvalitete doista mogu utjecati na unaprjeđenje zdravstvene njege.

6. ZAHVALE

Zahvaljujem svojoj mentorici, doc. dr. sc. Zrinki Bošnjak, dr. med. na pomoći i savjetima tijekom pisanja ovog diplomskog rada.

Također zahvaljujem svojim roditeljima, Branku i Željki, i dečku Mateu na podršci tijekom studiranja.

7. LITERATURA

1. Zakon o sestriinstvu [Internet]. NN 57/11 2011. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu>
2. Prlić N. Zdravstvena njega. Zagreb: Školska knjiga; 2000.
3. Lazibat T. Upravljanje kvalitetom. Zagreb: Znanstvena knjiga d.o.o.; 2009.
4. Šiško Kuliš M, Mrduljaš Z. Gurui kvalitete. Teh Vjesn [Internet]. 2009;16(3):71–8. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/40971>
5. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite [Internet]. NN 118/18 2019. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/1763/Zakon-o-kvaliteti-zdravstvene-zaštite>
6. Ostojić R, Bilas V, Franc S. Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske. Posl Izvr [Internet]. 2012;6(2):109–25. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/96827>
7. Gutić D. Upravljanje zadovoljstvom i odnosima s pacijentima. Osijek: Grafika d.o.o.; 2015.
8. Eldar R. Vrsnoća medicinske skrbi. Medicinska naklada; 2003.
9. Zambelli S, Rajić D, Burilović L. Uloga integriranih sustava upravljanja u hrvatskom izvozu [Internet]. Vol. 9, Poslovna izvrsnost. 2015. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/139874>
10. Pande P, Holpp L. Što je šest sigma? Zagreb: MATE d.o.o.; 2006.
11. American Society for Quality [Internet]. Dostupno na: asq.org
12. Pokazatelji kvalitete [Internet]. Dostupno na: <https://www.aaz.hr/hr/kvaliteta/pokazatelji>
13. Mesarić J, Bogdan S, Bosanac V, Božić M, Čvorišćec D, Grdinić B, et al. Alat za ocjenu rada u cilju poboljšanja kvalitete u bolnicama: prva iskustva u provođenju programa PATH u hrvatskim bolnicama. Liječnički Vjesn [Internet]. 2011;133(7–8):250–255. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/171837>
14. Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. J Palliat Med [Internet]. 2006

Oct;9(5):1120–7. Dostupno na:

<http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2006.9.1120>

15. Whitebead DK, Weiss SA, Tappen RM. *Essentials of Nursing Leadership and Management*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2010.
16. Mittermayer R, Huić M, Meštrović J. Kvaliteta zdravstvene zaštite, akreditacija nositelja zdravstvene djelatnosti i procjena zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj: uloga Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu. *Acta medica Croat* [Internet]. 2010;64(5):425–33. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/118772>
17. Mitchell H. P. *Defining Patient Safety and Quality Care*. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
18. Cohen S. The image of nursing: How others see us? *Am Nurse Today*. 2007;2(5):24–6.
19. Indikatori kvaliteta i sigurnosti za bolnice [Internet]. 2014. Dostupno na: <http://www.akaz.ba/udoc/Indikatori20za20bolnice.pdf>
20. Benceković Ž. *Analiza indikatora kvalitete zdravstvene njege internističkih bolesnika*. Zagreb; 2008.
21. Silveira TVL, Prado Júnior PP do, Siman AG, Amaro M de OF. The importance of using quality indicators in nursing care . Vol. 36, *Revista Gaúcha de Enfermagem* . scielo ; 2015. p. 82–8.
22. Montalvo I. The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI®). *OJIN Online J Issues Nurs*. 12(3).
23. Padovan I, editor. *Enciklopedijski rječnik humanog i veterinarskog medicinskog nazivlja*. Zagreb: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti; 2006.
24. Kurtović B et. al. *Zdravstvena njega neurokirurških bolesnika*. Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.
25. Song W, Eaton LH, Gordon DB, Hoyle C, Doorenbos AZ. Evaluation of Evidence-based Nursing Pain Management Practice. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2015 Aug;16(4):456–63. Dostupno na:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904214001489>

26. Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija [Internet]. NN 85/2012 2012. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_07_85_1949.html
27. Damani NN. Priručnik o prevenciji i kontroli infekcija. Zagreb: Merkur A. B. D. i Referentni centar za bolničke infekcije Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske; 2004.
28. Storr J, Twyman A, Zingg W, Damani N, Kilpatrick C, Reilly J, et al. Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations. *Antimicrob Resist Infect Control* [Internet]. 2017 Dec 10;6(1):6. Dostupno na: <http://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-016-0149-9>
29. Agrawal K, Chauhan N. Pressure ulcers: Back to the basics. *Indian J Plast Surg* [Internet]. 2012 May;45(2):244–54. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23162223>
30. Galvão NS, Serique MAB, Santos VLC de G, Nogueira PC. Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 Apr;70(2):294–300. Dostupno na: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200294&lng=en&tIng=en
31. Dalvan S, Ebadi A, Ghanei Gheshlagh R. Nurses' knowledge on pressure injury prevention: a systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2018;11:613–20. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6257136/>
32. Valles JHH, Monsiváis MGM, Guzmán MGI, Arreola LV. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24. Dostupno na: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100424&lng=en&tIng=en
33. Gajić A. Algoritam prevencije i liječenja dekubitusa. *Acta medica Croat*

- [Internet]. 2014;68(1):109–15. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/128731>
34. Hančević J. Kronična rana - dekubitus i ulcus cruris. Zagreb: Naklada Slap; 2009. 126 p.
 35. Tinetti ME, Kumar C. The Patient Who Falls. JAMA [Internet]. 2010 Jan 20;303(3):258. Dostupno na: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2009.2024>
 36. World Health Organization [Internet]. Dostupno na: www.who.int
 37. Paušek D. Kvaliteta zdravstvene zaštite kroz razine zdravstva - rizik primopredaje bolesnika. Medix. 2010;16(86):131–3.
 38. Griffin T. Bringing Change-of-Shift Report to the Bedside. J Perinat Neonatal Nurs [Internet]. 2010;24(4):348–53. Dostupno na: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0005237-201010000-00012>
 39. Benceković Ž, Čerfalvi V, Režek B, Hadžić N, Vujanić E. Patient Complaints – a Tool for Improving Quality of Nursing Care. Croat Nurs J [Internet]. 2018 Dec 18;2(2):129–39. Dostupno na: <http://cnj.hr/plugins/themes/responsive/templates/issue/vol2n2/05.pdf>

8. POPIS SLIKA

| | |
|--|----|
| Slika 2.1.PDCA krug prema ASQ. (9)..... | 21 |
| Slika 2.2. Hijerarhijska struktura ljudskih potreba po Maslowu. (8)..... | 22 |

9. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 07. svibnja 1992. godine u Zagrebu. Godine 2014. završila sam stručni preddiplomski studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, a 2017. godine postala sam studentica sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Od 2017. godine vršiteljica sam dužnosti višeg stručnog savjetnika za edukaciju u sestrinstvu u Uredu za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice.

Autorica sam i koautorica nekoliko stručnih radova, kao i član uredništva stručno – informativnog glasila. Nekoliko godina radila sam i kao novinar suradnik u Adria Mediji Zagreb d.o.o.