

# Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi

---

Kljaić, Marina

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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:105:417360>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-17**



Repository / Repozitorij:

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



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

**Marina Kljaić**

**Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2017.**

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

**Marina Kljaić**

**Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi**

**DIPLOMSKI RAD**

**Zagreb, 2017.**

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri Medicinska sociologija i ekonomika  
zdravstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod mentorskim vodstvom  
Vukušić Rukavina, doc. dr. sc. Tee, dr. med, te je predan na ocjenjivanje u  
akademskej godini 2016./2017.

## Sadržaj:

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Uvod.....                                                                             | 1  |
| Kvaliteta - definicije.....                                                           | 2  |
| Implementacija sustava kvalitete.....                                                 | 4  |
| Upravljanje kvalitetom.....                                                           | 5  |
| Opravdanost uvođenja sustava kvalitete .....                                          | 7  |
| Potpuno upravljanje kvalitetom - TQM .....                                            | 11 |
| Značajne osobe za uspostavu sustava kvalitete .....                                   | 13 |
| William Edwards Deming.....                                                           | 13 |
| Avedis Donabedian .....                                                               | 15 |
| Bolesnikova sigurnost.....                                                            | 16 |
| Medicinska sestra u sustavu kvalitete .....                                           | 23 |
| Upravljanje kvalitetom zdravstvene njege .....                                        | 29 |
| Nužnost edukacije medicinskih sestara za uspostavljanje sustava kvalitete .....       | 32 |
| Indikatori kvalitete zdravstvene njege.....                                           | 41 |
| Dekubitus .....                                                                       | 43 |
| Pad bolesnika.....                                                                    | 47 |
| Bolničke infekcije .....                                                              | 48 |
| Unapređenje higijene ruku pri sprečavanju nastanka i širenja bolničkih infekcija .... | 54 |
| Zadovoljstvo bolesnika.....                                                           | 56 |
| Preuzimanje bolesnika, primopredaja .....                                             | 58 |
| Zaključak .....                                                                       | 60 |
| Zahvale.....                                                                          | 62 |
| Literatura: .....                                                                     | 63 |
| Životopis .....                                                                       | 72 |

## Sažetak

Potreba za sigurnošću jedna je od osnovnih ljudskih potreba. Dolazak u novu i nepoznatu okolinu (zdravstvenu ustanovu), zabrinutost zbog dijagnostičkih i terapijskih postupaka dovodi do straha i osjećaja nesigurnosti kod bolesnika.

Bolesnik očekuje da će biti zbrinut na najbolji mogući način i da će doći do poboljšanja njegova stanja, te da postupci koji se kod njega provode neće dovesti do pogoršanja njegova stanja.

Danas se očekuje jednako velik izbor i povlašten tretman u okviru zdravstvene djelatnosti, kao i od bilo koje druge uslužne djelatnosti, te se u posljednje vrijeme velika važnost pridaje postizanju, održavanju, mjerenju i unapređenju kvalitete u zdravstvu. Ulaganje u sigurnost bolesnika i u poboljšanje kvalitete, ekonomski je isplativo za subjekt zdravstvene zaštite, kao i za širu zajednicu u cjelini.

Potrebno je izgraditi sustav koji će osigurati provođenje zdravstvene njege koja odgovara prihvaćenim standardima, sustavno prikupljanje i analizu podataka o neželjenim događajima, učenje na pogreškama i uspostavljanje standarda prema kojima će biti moguće mjeriti sigurnost i kvalitetu zdravstvene njege.

Obzirom da medicinske sestre velik dio svog radnog vremena provedu u direktnom kontaktu s bolesnikom, te su često i koordinatori cjelokupne skrbi bolesnika, moraju težiti kvaliteti i unaprjeđenju kvalitete svojih usluga, kao i sigurnosti bolesnika o kojima skrbe.

Način pružanja zdravstvene njege koja je vođena promišljenom integracijom najboljih dostupnih znanstvenih spoznaja s kliničkim iskustvom omogućuje kritičku procjenu istraživačkih podataka, smjernica i drugih izvora informacija kako bi se ispravno identificirao problem, te primijenile najbolje intervencije.

Poboljšanje i razvoj kvalitete zdravstvene zaštite (bolesnikove sigurnosti) zahtijeva znanje, izbor i primjenu specifičnih metoda i alata prilagođenih mogućnostima pojedinih zdravstvenih ustanova.

Bolja njega poboljšava ukupnu kvalitetu liječenja, što doprinosi sigurnom liječenju usmjerenom na ostvarivanje povoljnih zdravstvenih ishoda, čime se smanjuju troškovi liječenja za pojedinca, obitelj, poslodavaca i društvo.

Ključne riječi: kvaliteta, sigurnost, bolesnik, zdravstvena njega, medicinska sestra

## Abstract

The need for safety represents one of the fundamental human needs. Coming to a new and unfamiliar environment (healthcare institution), as well as worries about diagnostic and therapy procedures may result in fear and the feeling of insecurity in patients.

Patients expect to be treated in the best possible manner and that their condition will improve, as well as that procedures implemented within their treatment will not lead to deterioration of their condition.

An equally wide choice and preferential treatment within healthcare activities is today expected the same as from any other service. Thus, a great attention has recently been paid to achieving, maintaining, measuring and improving healthcare quality. Investing in patient safety and quality improvement is economically efficient for a healthcare subject, as well as for the wider community as a whole.

It is necessary to develop a system that will ensure the implementation of nursing care in compliance with accepted standards, systematic collection and analysis of data on undesired events, error-based learning and setting up standards according to which it will be possible to measure the safety and quality of nursing care.

As nurses spend a significant part of their working hours in direct contact with patients and frequently act as coordinators of the patients' overall healthcare treatment, they must tend to quality and improvement of their services and the safety of patients they provide care for.

Providing nursing care lead by a well-thought integration of the best available scientific insights and clinical experience allows for critical assessment of research data, guidelines and other sources of information in order to identify the problem correctly and apply the best interventions.

The improvement and development of healthcare quality (patient safety) requires knowledge, selection and application of specific methods and tools adapted to the possibilities of individual healthcare institutions.

Better care improves the overall treatment quality, which contributes to safe treatment oriented towards achieving positive healthcare outcomes, which results in the reduction of costs for individuals, family, employers and the society.

Key words: quality, safety, patient, nursing care, nurse

## Uvod

Gotovo svaka osoba tijekom svog životnog vijeka postaje bolesnik i zatraži zdravstvenu uslugu, a tada se s povjerenjem prepušta zdravstvenim djelatnicima. Kao davatelji usluga, zdravstveni djelatnici preuzimaju odgovornost za svoje dijagnoze i liječenja, te bolesnici imaju pravo očekivati da će to uključivati odgovornost za njihovu sigurnost tijekom svih aspekata liječenja i zdravstvene njege.

Bolesnici danas očekuju jednako velik izbor i povlašten tretman u okviru zdravstvene djelatnosti, kao i od bilo koje druge uslužne djelatnosti, te se u posljednje vrijeme velika važnost pridaje postizanju, održavanju, mjerenju i unapređenju kvalitete u zdravstvu.

U cijelom svijetu postoje brojne inicijative civilnih društava, organizacije i programi za poboljšanje bolesnikove sigurnosti i poimanja bolesnika u središtu, sa zajedničkim ciljevima:

- izrade preporuka za učinkovito upravljanje zdravstvenim ustanovama,
- veću uključenost bolesnika u donošenje odluka na svim razinama sustava,
- za razvoj kvalitete zdravstvene zaštite s jasnim odgovornostima i međusobnim izvješćivanjem.

Osobito važne organizacije koje se bave pitanjem kvalitete zdravstvene skrbi su Europsko društvo za kvalitetu u zdravstvu (engl. *European Society for Quality in Healthcare* - ESQH), Vijeće Europe (engl. *Council of Europe*), Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization* - WHO) i Regionalni ured za Europu (engl. *Regional Office for Europe*). Značajnu ulogu ima i *Cochrane Collaboration*, organizacija koja osigurava dostupnost znanstvenih spoznaja na kojima se temelje strategije za promjenu kliničke prakse.

Navedene organizacije su utjecale na razvoj nacionalnih, regionalnih i međunarodnih strategija upravljanja kvalitetom u europskim zemljama (1).

Zdravstvene ustanove diljem svijeta nastoje poboljšati kvalitetu skrbi za bolesnike, njihovu sigurnost i zadovoljstvo, uz ograničenu medicinsku opremu, ljudske, financijske i ostale resurse. Poboljšanjem zdravstvene njege se mogu spriječiti mnogi štetni događaji, te se mora preuzeti vodeća uloga u tom području (2).

Ovim radom ćemo prikazati značenje kvalitete, upravljanja kvalitetom, važnost educirane medicinske sestre (u tekstu obuhvaća oba spola), navesti ćemo nekoliko značajnih osoba iz područja kvalitete, te ćemo prikazati nekoliko pokazatelja kvalitete zdravstvene njege: dekubitus, pad bolesnika, bolničke infekcije, zadovoljstvo bolesnika, te preuzimanje/primopredaju bolesnika.

### **Kvaliteta - definicije**

Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/11) navodi da se kvaliteta zdravstva može promatrati s bolesnikovog, profesionalno - upravljačkog gledišta. Bolesnici žele kvalitetnu uslugu, a profesionalci nastoje što kvalitetnije zadovoljiti bolesnikove potrebe, te korektno i pravilno obavljati procedure potrebne za pružanje kvalitetnih usluga. „Kvaliteta upravljanja uključuje učinkovitu i djelotvornu uporabu raspoloživih resursa radi zadovoljavanja potreba pacijenata“ (3).

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), kvaliteta zdravstvenih usluga je stupanj ostvarivosti ciljeva zdravstvenih sustava koji vode poboljšanju zdravlja i odgovaraju potrebama i očekivanjima stanovništva (1).

Kvaliteta usluge u zdravstvu se može definirati kao mogućnost usluge da zadovolji krajnjeg korisnika u usporedbi s dostupnim alternativnim uslugama (4).

Prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11) „cilj kvalitete jest ono što se traži, ili čemu se teži, a povezano je s kvalitetom.“

„Kvaliteta zdravstvene zaštite podrazumijeva skup mjera poduzetih tijekom zdravstvenoga postupka, a koje rezultiraju povoljnim ishodom liječenja“ (5).

Kvaliteta je temeljni princip koji čini osnovu planova za pružanje zdravstvene usluge i upravljanja. Ključni atributi su profesionalni standardi, strukture postupaka i ishoda u pružanju usluga, korištenju resursa, te društvu usmjerenom poboljšanju ishoda.

Karakteristike kvalitete imaju ljudsku dimenziju čiji zahtjevi su obično brzina i odaziv, dostupnost, točnost, ljubaznost, udobnost, kompetencija, vjerodostojnost, pouzdanost, učinkovitost, fleksibilnost, poštenje, pouzdanost i sigurnost (6). Ključno

područje filozofije kontinuiranog unapređivanja kvalitete je vjerovanje (mišljenje, stav) da unapređivački naponi nikada ne smiju prestati.

Kvaliteta je donošenje odluka na osnovu činjenica, do kojih se dolazi prikupljanjem, obradom i analizom podataka i opažanja. Svojstva kvalitete određuje korisnik, odnosno ono što želi, kada želi i po cijeni koju si može priuštiti (7).

Modeli mjerenja kvalitete zdravstvenog sustava mogu se podijeliti na modele osiguranja kvalitete i modele poboljšanja kvalitete. Model osiguranja kvalitete se temelji na utvrđivanju jesu li određeni standardi, postavljeni od strane trećih osoba ili grupa izvan organizacije zadovoljeni. Model poboljšanja kvalitete se temelji na poboljšanju izvedbe ključnih procesa (1).

Prema Američkoj udruzi medicinskih sestara (engl. *American Nurses Association* – ANA) kvaliteta je stupanj do kojeg zdravstvene usluge povećavaju vjerojatnost željenih rezultata za pacijenta, obitelj, grupu, zajednicu ili populaciju, u skladu s trenutnim stručnim znanjem (8).

Mjerenje kvalitete se dijeli na tri osnovna dijela: strukturu, proces i ishod. Struktura podrazumijeva materijalne resurse, ljudske potencijale i organizaciju. Proces je dio traženja i pružanja zdravstvene zaštite, a ishod je definiran zdravstvenim stanjem bolesnika i populacije (9).

Ovretveit je definirao kvalitetu: „Kvalitetna medicinska zaštita je potpuno zadovoljenje potreba onih koji najviše trebaju zdravstvene usluge, po najmanjem trošku za organizaciju, a unutar ograničenja i smjernica koje postavljaju zdravstvene vlasti i financijeri“ (10).

Kvaliteta se može promatrati iz širokog i uskog vidokrug. Široki vidokrug podrazumijeva izobrazbu zdravstvenih djelatnika, financijske poticaje i položaj u društvu, izdavanje licenci za rad, standarda za gradnju, opremu, osoblje i administraciju u zdravstvenim ustanovama, te zakonodavstvo. Uski vidokrug podrazumijeva stalni nadzor provedbe usluge, ispravljanje otkrivenih nedostataka, te poduzimanje mjera za sprečavanje ponavljanja pogrešaka (11).

Zdravstvene ustanove moraju razviti „kulturu sigurnosti“ kako bi radna snaga i procesi bili usmjereni na poboljšanje pouzdanosti i sigurnosti njege bolesnika.

Izgradnja kulture sigurnosti bolesnika unutar zdravstvene skrbi zahtijeva kontinuitet i usmjerenost na učenje iz praćenja pokazatelja sigurnosti i analize prijavljenih pogrešaka, te uključivanje bolesnika u proces liječenja i prevenciju pogrešaka u zdravstvenom sustavu. Razvijanje sustava kvalitete je neophodno kako bi se pružila najbolja moguća i pouzdana skrb za bolesnike, ali zahtijeva promjene ustaljenih vjerovanja i načina razmišljanja i razumijevanje vodstva zdravstvenih ustanova da kvaliteta mora postati poslovna strategija i temeljni princip rada.

„Osiguravanje kvalitete jest dio upravljanja kvalitetom usmjeren na osiguravanje povjerenja da će zahtjevi za kvalitetu biti ispunjeni“ (12).

### **Implementacija sustava kvalitete**

U Republici Hrvatskoj su svi nositelji zdravstvene djelatnosti obvezni uspostaviti, razvijati i održavati sustav za osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, te je propisano da su zdravstvene ustanove s više od 40 zaposlenih radnika obvezne ustrojiti posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, a druge zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici koji obavljaju zdravstvenu djelatnost su obvezne odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite (3).

Zdravstvene ustanove osnivaju Povjerenstvo za kvalitetu čiji je zadatak provoditi aktivnosti vezane za uspostavu sustava osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite, provođenje aktivnosti vezanih za uspostavu sustava sigurnosti pacijenta, procjenu ispunjavanja standarda kvalitete zdravstvene zaštite u pojedinim djelatnostima zdravstvene ustanove, sudjelovanje u vanjskim provjerama kvalitete, provođenje aktivnosti vezanih za pripreme za akreditacijski postupak, predlaganje i sudjelovanje u provedbi edukacije iz područja kvalitete zdravstvene zaštite i suradnja s Agencijom za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi u provedbi plana i programa mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite. Obvezno je Agenciji polugodišnje podnositi izvješće o svome radu (3).

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. Kontrola kvalitete rada medicinskih sestara obuhvaća: plan zdravstvene njege, provođenje postupaka zdravstvene njege, rezultate zdravstvene njege i utjecaj zdravstvene njege na zdravstveni status bolesnika (13).

Procjena i mjerenje kulture bolesnikove sigurnosti postaje važan pokazatelj snaga ili slabosti u nekoj zdravstvenoj ustanovi, te istovremeno i polazište za planiranje i poduzimanje aktivnosti i mjera za poboljšanje. Time se sprječavaju neželjeni događaji koji mogu prouzrokovati negativan ishod liječenja. U središtu sustava kvalitete je pacijent, te zdravstvena ustanova mora osigurati uvjete koji jamče njegovo zdravlje i sigurnost.

„Planiranje kvalitete jest dio upravljanja kvalitetom usmjeren na određivanje ciljeva kvalitete i utvrđivanje potrebnih provedbenih procesa te odgovarajućih resursa za postizanje ciljeva kvalitete“ (12).

Primjena sustava kvalitete u zdravstvu ima višestruke koristi: postizanje bolje komunikacije, jednoznačno definiranje načina postupanja i odgovornosti, bolje održavanje opreme, vođenje uredne dokumentacije, samo-procjena sustava, te stvaranje obveze kontinuiranog praćenja rezultata i djelovanja radi poboljšanja sustava (14).

„Sustav upravljanja kvalitetom jest sustav upravljanja koji služi za upravljanje i nadziranje organizacije s obzirom na kvalitetu“ (12). Zahtijeva jasan skup specifikacija i planova, norme i postupke, mehanizme kontrole, praćenja i vrednovanja organizacijske učinkovitosti, te financijsku, tehničku i administrativnu podršku.

Projekti za unaprjeđenje kvalitete unutar organizacija traže zadovoljstvo korisnika usluge i profesionalni standard koji se može postići samo usvajanjem načela i sustava upravljanja kvalitetom.

## **Upravljanje kvalitetom**

„Upravljanje kvalitetom jesu usklađene radnje za upravljanje i nadzor organizacije s obzirom na kvalitetu“ (12).

Postizanje potpunog upravljanja kvalitetom ne bi bilo moguće bez primjene filozofije poznate pod nazivom *Kaizen*. Pod pojmom *Kaizen* podrazumijeva se konstantno unapređenje svih procesa u organizaciji u kojem sudjeluju svi zaposlenici od radnika preko srednjeg menadžmenta do vrhovnog menadžmenta. *Kaizen* filozofija se ne temelji na velikim skokovima u promjenama, nego na konstantnom usavršavanju i optimizaciji procesa. *Kaizen* je preteča svih današnjih sustava upravljanja kvalitetom (15).

*Kaizen* označava promjene na bolje, na stalnoj, kontinuiranoj osnovi, uključuje sve zaposlenike: vrhovni menadžment, menadžere i radnike. Temelji se na konstantnom usavršavanju i optimizaciji postojećih poslova. Prema toj filozofiji, dovoljno dobro nikad nije dovoljno dobro (16).

Osnovna ideja je da se standardizira radni proces, odnosno da se zna tko što radi, gdje se nalaze alati, te da se eliminiraju sve nepotrebne stvari i prepreke koje ometaju proces proizvodnje. *Kaizen* ne znači promjene samo za rukovodstvo neke tvrtke, već i za svakog radnika. Osnovna prednost leži u tome što radnik svojim prijedlozima može sudjelovati u jačanju tvrtke. *Kaizen* znači stalno unapređivanje u svim segmentima rada, ne samo u proizvodnji.

Model izvrsnosti je okvir koji odražava načela ukupne kvalitete. Upravljanje se temelji na pretpostavci da se izvrsnost, s obzirom na performanse ljudi i društva, ostvaruje kroz vođenje i strategije politike, partnerstvu i resursima. Rezultati se sastoje od četiri kriterija: osoblje (npr. zadovoljstvo osoblja), korisnici (npr. zadovoljstvo korisnika), rezultati u društvu i ključne performanse rezultata koji se odnose na kliničke, ne-kliničke i financijske rezultate (6).

Svim zdravstvenim ustanovama je potrebna kvaliteta njihovih usluga, a to je posebno značajno u bolnicama. One imaju brojne specifičnosti i posebno mjesto u sustavu zdravstvene zaštite, te je potrebno posvetiti pažnju poboljšanju skrbi koja se u njima pruža. Načelo pristupa upravljanju kvalitetom podrazumijeva specifičan ustroj organizacije koja pruža usluge i pri tome teži u potpunosti zadovoljiti potrebe svojih korisnika. Osiguranje kvalitete je garancija za sigurnost i prevenciju rizika u zdravstvenim ustanovama.

Zbog konkurencije između zdravstvenih ustanova, kvalitetnije zdravstvo je zajednički cilj svih zdravstvenih timova, te je poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite postalo zajedničko žarište svih međunarodnih zdravstvenih organizacija (17).

Kvaliteta u zdravstvu znači da su pružatelji kvalitetne zdravstvene usluge u postojećim uvjetima osigurali resurse i poštivanje procesa pružanja zdravstvene zaštite do najvišeg stupnja, kako bi povećali vjerojatnost da će doći do poboljšanja zdravstvenog stanja ili do izlječenja korisnika usluga - bolesnika.

Poboljšavanje kvalitete u zdravstvu se provodi kroz poboljšavanje zdravstvene infrastrukture, nabavkom nove opreme i instrumenata, te kroz edukaciju liječnika, medicinskih sestara i ostalog zdravstvenog osoblja. Kvalitetna usluga se ogleda u sigurnosti, učinkovitosti, raspoloživosti, djelotvornosti, dostupnosti, efikasnosti, i prikladnosti. Potrebno je formulirati standarde, vršiti procjenu pružene skrbi i uspoređivati ju sa očekivanom, prepoznati nedostatke, te formulirati i provesti korektivne mjere, nakon čega treba ponoviti procjenu poduzetih korektivnih mjera.

### **Opravidanost uvođenja sustava kvalitete**

Uvođenje sustava kvalitete u zdravstvenim ustanovama dovodi do povećanja zadovoljstva bolesnika, transparentnosti procesa pružanja skrbi, smanjenja žalbi bolesnika, povećanja odgovornosti prema potrebama bolesnika, povjerenja u zdravstvene ustanove koje posluju u skladu s normama kvalitete, unapređenje efikasnosti menadžmenta, lakše uključivanje novozaposlenih, unapređenje planiranja i kontrole u zdravstvu, smanjenja neočekivanih događaja, te grešaka i rizika u zdravstvu iz čega proizlazi bolji ishod i funkcionalni nivo usluge.

John M. Kelly cijenu kvalitete izjednačava sa: "... troškovima usmjerenim na osiguravanje udovoljavanja zahtjevima korisnika, u kombinaciji s troškovima što nastaju kada ne uspijete udovoljiti ovim zahtjevima" (18).

Primjena sustava upravljanja kvalitetom u zdravstvenim ustanovama je nužna jer:

- bolesnici žele uslugu u onoj bolničkoj ustanovi koja osigurava sigurnu i kvalitetu uslugu,

- pružanje kvalitetne usluge je sastavni dio etičkih načela svakog zdravstvenog radnika,
- vlasnici zdravstvenih ustanova traže, shodno uložnim financijskim sredstvima u zdravstvenu skrb, optimalnu kvalitetu pružene zdravstvene usluge.

Zdravstvo je uvijek vezano uz zahtjeve za smanjenjem troškova, povećanjem produktivnosti, smanjenjem boravka bolesnika u bolnici i za održavanjem ili poboljšanjem kvalitete skrbi. Ova situacija je stvorila nove izazove za vođenje kvalitete i zahtijeva odgovarajuće, točne i pravovremene podatke za odlučivanje. Preraspodjela resursa, redefiniranje zadataka i odgovornosti, te pružanje zdravstvene njege mora biti planirano i izvršeno.

Zdravstvena politika Republike Hrvatske usklađena je sa zdravstvenom politikom razvijenih zemalja Europske unije. Kvaliteta je bitna komponenta zdravstvene skrbi svake aktivnosti koja se provodi u zdravstvenoj ustanovi, rezultat je mjera koje se poduzimaju sukladno suvremenim spoznajama o zdravstvenim postupcima koji osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i smanjenje rizika za nastanak neželjenih posljedica za zdravlje ljudi. Cilj je pogreške svesti na najmanju moguću razinu, ali je potrebno i priznati da su pogreške normalna ljudska slabost.

U sklopu reformi hrvatskog zdravstvenog sustava, koje su započele 2000.godine, stvarale su se preduvjeti za uspješnu provedbu sustava za osiguranje kvalitete i poboljšanje zdravstvene zaštite na svim razinama, od provedbe sustavnih programa unaprjeđenja kvalitete, kroz izobrazbu zdravstvenih profesionalaca o normama kvalitete priznatim u međunarodnoj praksi, izobrazbu timova za sustav kvalitete, adekvatnog financiranja sustava kvalitete, pa sve do zakonski uređenog kvalitetnog zdravstvenog sustava osnivanjem Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.

Sustav mjera za ostvarivanje i unaprjeđenje sveobuhvatne kvalitete zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj određuje Zakon o kvaliteti (3). Mjerama za ostvarivanje kvalitete zdravstvene zaštite osigurava se provedba načela učinkovitosti sustava kvalitete zdravstvenih postupaka na svim razinama zdravstvene zaštite, načela orijentiranosti prema bolesniku te načela sigurnosti bolesnika (3).

Uspostava obveznog sustava kvalitete i sigurnosti zdravstvene skrbi kao jedan od prioriteta ostvaruje se kroz obveznu primjenu jedinstvenoga sustava standarda kvalitete zdravstvene zaštite objavljenoga u Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (12).

Prioriteti za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, te mjere za uvođenje jedinstvenog sustava standarda kvalitete zdravstvene zaštite i kliničkih pokazatelja kvalitete utvrđeni su Planom i programom mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite (19).

Sustav kvalitete osigurava mjerljivo poboljšanje kvalitete skrbi tako da redovito ocjenjuje zdravstvene ustanove, te mjeri, prati i analizira obavezne pokazatelje kvalitete i neželjene događaje, što podrazumijeva i unapređenje komunikacije između bolesnika i zdravstvenih profesionalaca, poticanje timskog rada i mogućnost praćenja troškova na svim razinama sustava.

Svi nositelji zdravstvene djelatnosti obvezni su uspostaviti, razvijati i održavati sustav za osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite sukladno Planu i programu mjera koji donosi ministar nadležan za zdravstvo na prijedlog Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.

Temeljem Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite, na prijedlog Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, ministar zdravstva i socijalne skrbi je 11. srpnja 2011. godine donio Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Ovim Pravilnikom su se utvrdili standardi kvalitete zdravstvene zaštite i način njihove primjene. U svom početnom dijelu, u članku 2., Pravilnik je definirao pojmove i izraze vezane uz akreditacijski postupak, ciljeve kvalitete, nadzor kvalitete, neprekidno poboljšanje kvalitete, osiguravanje kvalitete, plan kvalitete, planiranje kvalitete, poboljšanje kvalitete, sustav upravljanja kvalitetom i među ostalim pojmovima i zadovoljstvo pacijenata (12).

U najboljem interesu bolesnika, uz poštivanje njegovih osobnih stavova, jamči se jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu njegu koja je primjerena njegovom zdravstvenom stanju, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima.

Bolesnikovo iskustvo i (ne)zadovoljstvo može zdravstvenom osoblju dati sasvim nov pogled na njihov vlastiti rad. U ostvarenju modela bolesnik u središtu njege važno je iskustvo medicinskog osoblja koje sudjeluje u pružanju zdravstvene njege, te uspostavljanje alata (upitnika) za procjenu i mjerenje kvalitete zdravstvene njege. To bi trebalo uključivati: procjenu rizika, identifikaciju i upravljanje rizicima, izvještavanje i analizu incidenata, kao i sposobnost učenja i praćenja incidenata, te implementaciju rješenja kako bi se smanjila opasnost od ponavljanja pogrešaka.

Poboljšanje i razvoj kvalitete zdravstvene zaštite, ujedno i bolesnikove sigurnosti, zahtijeva znanje, izbor i primjenu specifičnih metoda i alata prilagođenih mogućnostima pojedinih zdravstvenih ustanova.

Zbog različitih organizacijskih aspekata i zakonskih okvira, te različitih prioriteta zdravstvenih profesionalaca i korisnika zdravstvenih usluga u kontekstu kvalitete nije moguće potpuno kopirati iskustva međunarodnih zdravstvenih sustava. Prvi korak prema njihovoj uspješnoj implementaciji je provođenje situacijske analize lokalnog konteksta zdravstvenog sustava i odabir realnih indikatora kvalitete.

Svaka bolnica bi trebala svoj put prema kvaliteti voditi na temelju svojih pokazatelja, mogućnostima, vrijednostima, karakteristikama i bolesnicima. Raspoloživost gotovih i provjerenih alata koji se koriste u svijetu kao i u Hrvatskoj je velika prednost, ali prije njihove upotrebe je potrebno procijeniti njihovu primjerenost određenoj radnoj sredini. Svaka ocjena kvalitete uključuje: strukturu, proces rada i ishod rada te pružatelje i korisnike zdravstvene zaštite.

Stav hrvatskog menadžmenta u odnosu na prednosti koje donosi uvođenje sustava kvalitete, do kojega se došlo analizom anketnog istraživanja primjene sustava upravljanja kvalitetom u hrvatskom sustavu zdravstvene zaštite je sljedeći: najčešće se ističe smanjenje troškova, viša razina usluge i zadovoljstvo pacijenta (više od 50%), dok u odnosu na transparentnost, prednosti uvođenja sustava kvalitete vidi samo 17,4% ispitanika. U odnosu na koristi koje uvođenje sustava kvalitete nosi za osoblje zdravstvene ustanove, odnosno na kvalitetu provedbe djelatnika, samo 8,1% njih navodi povećanje zadovoljstva osoblja, a 79,1 % ispitanika ne smatra kako će uvođenje sustava kvalitete povećati odgovornosti osoblja prema bolesnicima (4).

Uspostava sustava upravljanja kvalitetom zahtjevan je proces koji traži potpunu posvećenost i uključivanje menadžmenta i svih djelatnika zdravstvene ustanove, te povećanje znanja, izobrazbe i stvaranje povoljnog okruženja za razvoj i unaprjeđenje sustava kvalitete predstavlja osnovni preduvjet kvalitetnog funkcioniranja zdravstvenog sustava.

### **Potpuno upravljanje kvalitetom - TQM**

Upravljanje kvalitetom obuhvaća osiguranje kvalitete kao planirano mjerenje i usporedbu procesa skrbi određenim mjerilima - indikatorima kvalitete, uvođenje kontrole procesa u odnosu na propisane norme, unapređenje procesa rada s ciljem sprečavanja pogrešaka, a potpuno upravljanje kvalitetom (engl. *Total Quality Management* -TQM) je skup mjera koje sustavno objedinjuje sve navedeno (11).

Potpuno upravljanje kvalitetom (TQM) predstavlja menadžerski pristup za ostvarenje dugoročnog uspjeha i to kroz zadovoljstvo klijenata. Ovaj pristup predstavlja sudjelovanje svih članova organizacije u unaprjeđenju poslovnih procesa, proizvoda, usluga i kulture. Ističe zadovoljstvo kupaca, a koristi metode i alate kontinuiranog poboljšavanja, to je sustav upravljanja kvalitetom na svim područjima organizacije (7).

Potpuno upravljanje kvalitetom je „stanje duha, uma cjelokupne radne organizacije, poslovna etika kao integrirani sadržaj svake osobe pojedinačno“ (20).

To je proces kontinuiranog unapređenja i upravljanja kvalitetom poslovanja organizacije. Primjenjuje se na cijelu organizaciju, obuhvaća sve poslovne procese, proizvode i usluge i temelji se na pretpostavci da je poboljšanje kvalitete ključni čimbenik učinkovitosti.

Ovim procesom se isključuje svaki međusobni odnos koji bi štetio bilo pojedincu bilo radnoj organizaciji, a uključuje upravljanje ciljevima, statističke analize, uspostavljanje timova i krug kvalitete (Demingov ciklus ili krug).

Metode implementacije TQM pristupa dolaze od predvodnika ovog načina upravljanja kvalitetom, kao što su Philip B. Crosby, W. Edwards Deming, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa i Joseph M. Juran (7).

Upotrebom sustava potpunog upravljanja kvalitetom (TQM) može se slijediti program koji je temeljen prvenstveno na Demingovih četrnaest točaka upravljanja kvalitetom, Juranovoj trilogiji planiranja kvalitete, kontroli kvalitete i poboljšanja kvalitete, te Philip Crosbyjevih četiri apsolutna pravila upravljanja kvalitetom (7).

Jedan od pionira u potpunom upravljanju kvalitetom (TQM) naglašava da se kvaliteta sastoji od zadovoljavanja potreba klijenata za cijenu koju si mogu priuštiti. Dodaje da bi svi ljudi u organizaciji trebali učiniti ono što mogu, ali bi trebali znati što učiniti.

Klijent je taj koji stvara pravila, a ljudi koji pružaju usluge klijentima su oni koji imaju najviše utjecaja, jer ostatak organizacije nastoji osigurati resurse i infrastrukturu onima na prvoj liniji tako da klijenti dobiju ono što žele.

Nakon izvješća četiri brazilske bolnice koje su odlučile provesti filozofiju potpunog upravljanja kvalitetom (TQM), istraživanje je pokazalo zadovoljavajuće rezultate usvajanja TQM u tim zdravstvenim ustanovama. Naglasak je na percepciji da su greške više vezane za sustav nego za pojedince, što pruža novi obrazac odnosa, evidencije i analize štetnih događaja, provjeru i pregled rezultata. U istraživanju je vidljiv i dobitak kroz zadovoljstvo pacijenata, kao i priznanje društva kroz nagrade, širenje u lokalnim medijima i veće financijske doprinose iz poslovnih krugova i zajednice u cjelini. Istaknute su i promjene bolnice u statističkim pokazateljima, kao što je smanjena stopa smrtnosti i prosječno trajanje liječenja (21).

Neki autori dijele TQM na tvrde i meke varijable. TQM kultura koja se temelji na povjerenju i dijeljenju znanja pripada u meke varijable. Mehanicistički elementi ili osiguranje kvalitete su tvrde varijable. To su prakse koje se odnose na kontrolu procesa i proizvoda kako bi zadovoljili standarde kvalitete i proizvodne specifikacije. Meke komponente pokušavaju pridobiti menadžment i zaposlene za provođenje upravljanja kvalitetom, pri čemu se podrazumijevaju treninzi, učenje, interna suradnja i timski rad. Ove mjere promoviraju ljudski aspekt sustava kvalitete radi prilagodbe okruženju i kontinuiranom unapređivanju (22).

Uspjeh implementacije TQM-a je uvjetovan postojanjem osam osnovnih elemenata: etike, integriteta, povjerenja, obuke, timskog rada, liderstva, prepoznatljivosti i komunikacije. Prema svojoj funkciji, navedeni elementi mogu se kategorizirati u četiri skupine (23).

Metode TQM-a su najučinkovitije ako se koriste za prevenciju problema, a ne za njegovo rješavanje kada se već pojavi. Za izbor optimalnog modela nužno je poznavanje situacija i aktivnosti te uključivanje i poznavanje strogih znanstvenih metoda u analiziranju problema i stvaranju planova za poboljšanje (24).

### **Značajne osobe za uspostavu sustava kvalitete**

Početak 20. stoljeća se prvi puta pojavljuje procesni pristup u upravljanju kvalitetom. Procesni pristup je model koji se definira kao skup aktivnosti koje uzimaju *input*, dodaju mu vrijednost i daju *output*. Najvažniji trenutak se dogodio dvadesetih godina prošlog stoljeća kada je Walter A. Shewhart, statističar u Bell Laboratories, razvio statističku kontrolu procesa i poznati PDCA krug (plan-do-check-act) (26). Shewarthovi principi statističkog upravljanja kvalitetom poznati su kao statistička kontrola kvalitete (engl. *Statistical quality control* - SQC) (25).

### **William Edwards Deming**

Tijekom drugog svjetskog rata je za daljnji razvoj statističke kontrole kvalitete najzaslužniji je W. Edwards Deming, statističar koji je bio veliki pobornik Shewarthovih SQC metoda. Deming je pronalaženje grešaka i otklanjanje uzroka nazivao "gašenje požara". Njegova filozofija kvalitete je naglašavala važnost predviđanja potreba, a ne samo spoznaje zahtijeva kupca, te je naglašavao da je najvažniji kupac u proizvodnom procesu, jer sve počinje i završava sa njim, te upravo radi toga treba sve aktivnosti usmjeriti da se u uslugu ugradi ono što je vrijednost za kupca (25).

"Nije dovoljno raditi najbolje. Morate znati što raditi, i tada to raditi najbolje" (24).

Deming smatra da svako poboljšanje procesa i metoda rada inicira lanac reakcija koje rezultira višom kvalitetom, manjim troškovima, većom produktivnošću, manjim cijenama, većim tržišnim udjelom, dugovječnošću u poslu, novim radnim mjestima i većim povratom investicija. Veliki značaj je pridavao ljudima i smatrao je da je u tvrtkama potrebno uvesti permanentno obučavanje svih zaposlenih, uvođenje programa odlučnog obučavanja i osobnog usavršavanja, te pokretanja u akciju svih zaposlenike kako bi se izvršila transformacija.

Demingov krug, PDCA (akronim od engleskih riječi *Plan-Do-Check-Act* - Planiraj-Uradi-Provjeri-Djeluj) je sustavni niz koraka za stjecanje vrijednih učenja i znanja sa ciljem neprekidnog poboljšanja proizvoda ili procesa. Jednostavan i prihvatljiv je za sve koji na neki način učestvuju u upravljanju ili realizaciji procesa, sastoji se od četiri koraka ili faza koja se moraju proći kako bi se riješio problem. Ponavljanje tih koraka čini stalno poboljšanje ciklusa.

Krugovi kvalitete slijede probleme koji se odnose na osobnu dobrobit radnika i probleme koji se odnose na dobrobit tvrtke. Najveća korist od krugova kvalitete je njihov utjecaj na stavove i ponašanje zaposlenika, omogućuju pojedincu da poboljša osobne sposobnosti, povećavaju samopoštovanje pojedinaca, te pomažu zaposlenicima da promjene određene značajke osobnosti. Oni povećavaju sklonost nadređenih prema zaposlenicima, povećavaju razumijevanje zaposlenika za teškoće s kojima se suočavaju nadređeni i povećavaju razumijevanje menadžera za zaposlenike. Smanjuje se negativan stav nekih zaposlenika, smanjuju se sukobi koji proizlaze iz radne okoline, pomažu zaposlenicima u shvaćanju zašto se problemi ne mogu brzo riješiti, te omogućuju zaposlenicima bolje shvaćanje važnosti kvalitete proizvoda (26).

U prvoj fazi (*Plan*) je potrebno potanko istražiti i analizirati postojeći proces, a potom ga standardizirati (normirati). Nakon toga slijedi prikupljanje podataka radi identificiranja problema i razvijanje plana unapređivanja, te specificiranje mjerila za ocjenjivanje.

U drugoj fazi (*Do* - uradi) treba sve provesti što je planirano u okviru prve - Plan faze, odnosno provesti planirane procese sa svim njegovim aktivnostima.

Kroz treću fazu (*Check* - Provjeri) se mjerenjem svih planiranih parametara procesa i usporedbi s planiranim rezultatima iz prve faze, daje odgovor na veličinu odstupanja, pozitivnog ili negativnog u odnosu na plan iz prve faze.

Četvrta faza (*Act* - Djeluj) podrazumijeva analiziranje razlika mjerenih i planiranih rezultata, određivanje gdje i zašto je došlo do odstupanja rezultata mjerenja od planiranih rezultata, nakon čega je potrebno ponovo pregledati i revidirati plan (ako ima svrhe), ili odustati od tog plana.

Nakon završetka četvrte faze PDCA kruga ponovno se pokreće ciklus od prve faze u kojoj se vrši redizajniranje procesa, tako da se osigura poboljšanje funkcije u slijedećem ciklusu. Uvijek postoji prostor za poboljšanje kod slijedećeg ciklusa svakog od tih procesa, što je upravo i smisao primjene PDCA kruga (26).

### **Avedis Donabedian**

Avedis Donabedian, utemeljitelj znanosti o kvaliteti medicinske skrbi, sredinom šezdesetih godina prošlog stoljeća je definirao pojam kvalitete medicinske skrbi, uveo čimbenike usporedbe, preporučio određivanje standarda kvalitete i pokazatelja (indikatora) kvalitete na razini ustroja, provedbe i ishoda skrbi.

Donabedian definira kvalitetu zdravstvene zaštite kao „primjene medicinske znanosti i tehnologije na način da maksimalizira korist za zdravlje, bez odgovarajućeg povećavanja rizika”. Pružena skrb je u skladu s postojećim, raspoloživim znanjem, općeprihvaćenim načelima i praksom. Poboljšanje kvalitete je definirao kao punu primjenu normi kvalitete koje se provjeravaju primjenom definiranih indikatora ili mjerila, a koja zatim upućuju na mogućnost daljeg poboljšanja (27).

Opisuje dva modela vrednovanja kvalitete zdravstvene zaštite:

- klasični klinički model koji se ograničava na promatranje kvalitete rada pojedinca u odnosu na konkretnog pacijenta i njegov konkretni zdravstveni slučaj
- suvremeni socijalno-medicinski model koji nastoji vrednovati kvalitetu rada medicinskih timova i ustanova u odnosu na fizičku, psihičku i socijalnu dimenziju zdravlja cjelokupnog stanovništva (28).

Donabedian je uveo usporedbu, odnosno procjenu pružene i očekivane skrbi, te njihovu usporedbu na osnovu standarda iz područja tri elementa skrbi - ustroja, provedbe i ishoda, te proučavanje kvalitete na osnovu jednog od njih. Ako je naš cilj služiti najboljem interesu naših pacijenata, smatrao je da moramo pacijentima ponuditi alternative, tako da oni mogu napraviti izbor najprikladniji njihovim željama i okolnostima (29).

Prema Donabedianovom modelu, mjerenje kvalitete obuhvaća proučavanje:

- strukture ili organizacije skrbi, što uključuje dostupnost ljudskih, financijskih i tehničkih sredstava (ulaganje), načina kako se dodjeljuju s obzirom na vrijeme, mjesto i odgovor na potrebe stanovništva (pristup), te pravednu podjelu troškova i koristi (pravednost),
- procesa, odnosno, kako se koriste sredstva (upravljanje), korištenje vremena i sredstava (učinkovitost), izbjegavanje gubitaka, smanjenje rizika (sigurnost), praksa utemeljena na dokazima (adekvatnost), skrb usmjerena na bolesnika (trajnost), javno informiranje (izbor, transparentnost, odgovornost),
- ishoda zdravstvene skrbi – kakvi su rezultati postignuti (provedba), zdravlje stanovništva (poboljšano zdravlje), klinički ishod (učinkovitost), ispunjenje očekivanja javnosti i zaposlenih (zadovoljstvo), vrijednost dobivena za novac (ekonomičnost) (28).

Njegova načela su općenito prihvaćena jer se uvidjela mogućnost otkrivanja nedostataka u kvaliteti i primjenjivanje mjera za ispravljanje nedostataka, te za sprečavanje njihovog ponavljanja, bez nepovoljnih nuspojava. Potkraj sedamdesetih godina je dodano načelo djelotvornosti, čime se podrazumijeva pružanje najveće kvalitete skrbi uz najmanji trošak (11).

Lideri kvalitete trebaju poticati sudjelovanje svih u procesu donošenja odluka, olakšati i sudjelovati s osobljem u tom procesu, pomoći grupi definirati i postizati ciljeve, naglašavati važnost svakog člana u timu, jer svatko može doprinijeti i distribuirati zadatke u skladu sa odgovornošću i trebaju dijeliti zaslugе za postignuća. Filozofija kvalitete svakako zahtijeva vođe koji su svjesni onoga što se mora učiniti, koji se zalažu za uslugu i dovoljno su motivirani potaknuti sve one koji su pod njihovim vodstvom u zajedničkom duhu suradnje, timskog rada i kontinuiranog traganja za kvalitetom (21). “Dugoročna spremnost za prihvaćanje novih znanja i nove filozofije, potreba je svakog menadžmenta koji teži transformaciji” (24).

### **Bolesnikova sigurnost**

Proces praćenja i unapređenja kvalitete je jedan od sastavnih elemenata dobro organiziranih zdravstvenih sustava diljem svijeta. Najvažnija dimenzija zdravstvene njege i prioritet svakog zdravstvenog sustava je bolesnikova sigurnost i bolesnik u

središtu njege, te moramo težiti učiniti sustav što je moguće sigurnijim, kako za bolesnika, tako i za sve one koji zdravstvenu njegu pružaju. Bolesnik u središtu znači da bolesnik i njegova obitelj jesu i trebaju biti uključeni u zdravstvenu njegu kroz usku suradnju sa zdravstvenim osobljem. Bolesnikova sigurnost minimizira pojavnost i posljedice, a maksimizira oporavak od neželjenih događaja (30).

Kultura bolesnikove sigurnosti definira se kao produkt osobnih i grupnih vrijednosti, stavova, opažanja, stručnosti i oblika ponašanja koji određuju vještine i načine kojima se zdravstvena organizacija vodi u svojoj predanosti što višoj razini bolesnikove sigurnosti (31).

Linda Emanuel i suradnici bolesnikovu sigurnost definiraju kao posebnu zdravstvenu disciplinu koja primjenjuje znanstvenu metodologiju sigurnosti u cilju dostizanja pouzdanog sustava zdravstvene skrbi (32).

Upravljanje sigurnošću bolesnika je definirano kao izbjegavanje, sprječavanje i ublažavanje negativnih ishoda ili ozljeda koje proizlaze iz procesa u zdravstvu. Po ovoj definiciji, upravljanje sigurnošću bolesnika je pristup pružanja usluga koje mogu smanjiti učestalost negativnih rezultata kada je bolesnik izložen infektivnim agensima ili prolazi kroz procedure u procesu zdravstvene skrbi. Upravljanje sigurnošću uključuje preventivne mjere kako bi se izbjegli bilo kakvi incidenti koji ugrožavaju bolesnika ili utječu na kvalitetu zdravstvene skrbi (17).

Svjetska zdravstvena organizacija provodi niz programa usmjerenih osiguravanju sigurnosti bolesnika. Potrebno je primijeniti široku lepezu intervencija usmjerenih na bolesnike, jer svaki postupak pri zbrinjavanju bolesnika uključuje određeni stupanj potencijalnog rizika. Sigurnost se može unaprijediti samo ako postoji inicijativa, ali i aktivnost svih sudionika u zdravstvenoj skrbi.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, kvaliteta zdravstvene njege podrazumijeva zdravstvenu uslugu koja po svojim obilježjima zadovoljava zadane ciljeve i sa sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika da dobije najbolju moguću skrb uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje. Ona mora izbjegavati nastajanje ozljeda i pogrešaka, štetu i rizike svesti na minimum, mora biti temeljena na znanstvenim spoznajama i smjernicama koje su utemeljene na dokazima. Također mora biti pravovremena uz maksimalno korištenje postojećih

resursa i izbjegavanje troškova. Prilikom pružanja usluge moraju se uvažiti sklonosti i težnje pojedinih korisnika usluga i kultura zajednice, te se ne smije razlikovati kvaliteta prema osobnim karakteristikama kao što su spol, rasa, nacionalnosti, geografski položaj ili socioekonomski status.

Jedna je od osnovnih ljudskih potreba (Maslow, Henderson) je i potreba za sigurnošću, sve osobe imaju potrebu osjećati se sigurnima. Dolazak u novu i nepoznatu okolinu (zdravstvenu ustanovu), zabrinutost zbog dijagnostičkih i terapijskih postupaka dovodi do straha i osjećaja nesigurnosti kod bolesnika. Bolesnik očekuje da će biti zbrinut na najbolji mogući način i da će doći do poboljšanja njegova stanja, te da postupci koji se kod njega provode neće dovesti do pogoršanja njegova stanja. Prema podacima iz literature, nenamjerne štete za bolesnika se pojavljuju u 8% do 12% slučajeva (33).

Jedno od izvješća američkog Medicinskog instituta (engl. *Institute of Medicine* - IOM) je dobilo naziv: „Griješiti je ljudski: graditi sigurni zdravstveni sustav“. Prikazani podaci govore da u SAD-u 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. U europskim bolnicama svaki deseti bolesnik pretrpi neku štetu ili nepovoljan događaj koji je povezan s njegovom u bolnicama, a jedna trećina je dovela do teških posljedica i smrtnih ishoda (34).

Prevenција pogrešaka u zdravstvu nije nešto novo, povjerena je pojedincima: liječnicima, medicinskim sestrama, tehničarima, uslužnom osoblju, kao i drugima koji pružaju skrb bolesnicima, te je za očekivati da učine ispravno pravu stvar u pravo vrijeme. Prema jednoj istraživačkoj studiji, medicinske sestre se u bolnici susreću s jednim problemom po satu koji onemogućuje nastavak ispunjavanja radnih zadataka (35).

Inicijative za poboljšanje sigurnosti su važna komponenta upravljanja kvalitetom u zdravstvenoj ustanovi. Ove inicijative su prvenstveno usredotočene na kliničke aspekte njege bolesnika, ali se iste tehnike koriste za zaštitu bolesnika od pogrešaka, koje se mogu primijeniti na bilo koju radnu aktivnost vezanu uz bolesnika.

Prihvatanjem sigurnosti bolesnika kao temeljne osnove kvalitetne zdravstvene zaštite, učenjem na vlastitim greškama i iskustvima drugih, može se prevenirati buduća pojava incidenata. Ulaganje u sigurnost bolesnika i u poboljšanje kvalitete, ekonomski je isplativo za subjekt zdravstvene zaštite, kao i za širu zajednicu u cjelini.

Uspostavljanje sigurnosti bolesnika 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.

Kultura sigurnosti se određuje kao nešto u čemu temeljne vrijednosti i ponašanja proizlaze iz kolektivnog i stalnog angažmana organizacijskog vodstva i radnika koji naglašavaju sigurnost preko konkurentnih ciljeva. Sigurno osoblje i različite razine vještina u okruženju za učenje u kojem zdravstveni profesionalac može naučiti iz pogrešaka i aktivno otkriti sustavne slabosti, pridonose transparentnosti i odgovornosti (36).

Poboljšanje sigurnosti se može poboljšati koncentracijom na ključne aspekte radnog okruženja, ljudi, fizičkog okruženja i alata. Oni uključuju: transformacijsko vodstvo i upravljanje utemeljeno na dokazima, maksimiziranje sposobnosti radne snage, izradu i održavanje kulture sigurnosti i istraživanja, te radni prostor za sprječavanje i ublažavanje pogrešaka, uz učinkovito korištenje telekomunikacija i biomedicinskih uređaja (37).

Jedan od čimbenika koji na direktan ili indirektan način utječe na razinu sigurnosti je financijska komponenta koja direktno utječe na korištenje visokokvalitetnih materijala, tehničke opreme ili lijekova, odgovarajući prostori za provođenje zdravstvene skrbi, dobro educirano i uvježbano osoblje koje provodi postupke pomoću smjernica i protokola za kliničku praksu, sa jasnom podjelom zadataka i odgovornosti.

Upravljanje rizikom podrazumijeva procjenu, planiranje, provođenje i evaluaciju mjera koje doprinose smanjivanju rizika koji mogu nastati u procesu pružanja zdravstvene skrbi. Osnovni principi upravljanja rizikom su identifikacija, analiza, kontrola i financiranje. Nije dovoljno samo detektirati postojeće rizike, već je potrebno poduzimati preventivne mjere, analizirati moguće uzroke, te poduzimati mjere poboljšanja.

Prvi ozbiljniji pristup ovoj tematici započinje 1990. godine nakon izvještaja iz nekoliko zemalja koji su ukazivali na veliki porast komplikacija liječenja, kao i nažalost smrtnih ishoda zbog direktnih posljedica pogrešaka u liječenju (38). Pogreške se mogu dogoditi jer nedostaju standardi ili postoje standardi, ali nisu primjenjivani.

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 (39). Analiza pokazatelja sigurnosti bolesnika će pomoći u sprječavanju budućih neželjenih djelovanja bolničke skrbi, kako bi se dugoročno smanjili njihovi štetni utjecaji i pritom skratila duljina liječenja, te snizila cijena istoga (5).

Kada se neželjeni događaj dogodi, sustav mora osigurati informaciju o događaju svima onima koji su u to uključeni i analizu o tome što se i zašto dogodilo, te učenje iz pogrešaka, kako bi se ubuduće spriječila pojava istog ili sličnog događaja.

Procjena rizika je proces koji pomaže razumjeti niz rizika sa kojima se suočavamo, razinu sposobnosti kontrole tih rizika, njihovu vjerojatnost pojave i njihove potencijalne posljedice.

Integrirano upravljanje rizicima znači da se znanje naučeno u jednom području rizika, može primijeniti na nekom drugom području rizika. Ispravno procjenjivanje rizika može pomoći uspostavljanju prioriteta za timove i pojedince, te poboljšati postizanje ravnoteže rizika, koristi i troškova.

Prema preporukama Nacionalne agencije za sigurnost pacijenata (engl. *National Patient Safety Agency* - NPSA) u Londonu, za ostvarivanje što sigurnije zdravstvene zaštite je važno sedam važnih koraka:

1. uspostaviti koncept, metode i alate u praksi u cilju razvoja kulture sigurnosti,
2. usredotočiti se na bolesnikovu sigurnost u cijeloj ustanovi,
3. integrirati upravljanje rizicima u sustav upravljanja,
4. uspostaviti sustav izvješćivanja na lokalnoj i nacionalnoj razini,
5. uključiti bolesnika i javnost u sustav zdravstvene zaštite,
6. analizirati uzroke neželjenih događaja,

## 7. prevesti naučeno u praksu.

Sigurnosna kultura podrazumijeva da je osoblje unutar organizacije svjesno činjenice da nešto može poći u krivom smjeru, te su u stanju priznati pogreške, učiti od njih, i poduzeti mjere da se one isprave. Od velikog značaja za sigurnost bolesnika i dobrobit onih koji pružaju zdravstvenu skrb je prijavljivanje i pravilno postupanje osoblja kada se incident dogodi. Svaka pogreška i incident se trebaju analizirati kako bi se spriječilo njihovo ponavljanje (40).

Potrebno je izgraditi sustav koji će osigurati provođenje zdravstvene njege koja odgovara prihvaćenim standardima, sustavno prikupljanje i analizu podataka o neželjenim događajima, učenje na pogreškama i uspostavljanje standarda prema kojima će biti moguće mjeriti sigurnost i kvalitetu zdravstvene njege.

Način pružanja zdravstvene njege koja je vođena promišljenom integracijom najboljih dostupnih znanstvenih spoznaja s kliničkim iskustvom omogućuje kritičku procjenu istraživačkih podataka, smjernica i drugih izvora informacija kako bi se ispravno identificirao problem, te primijenile najbolje intervencije.

Praćenje i analiza pokazatelja sigurnosti bolesnika pomaže u sprječavanju budućih neželjenih djelovanja bolničke skrbi, kako bi se dugoročno smanjili njihovi štetni utjecaji i ujedno skratila duljina liječenja i smanjili troškovi liječenja.

Primjena alata za procjenu sigurnosti bolesnika je stvar slobodnog izbora upravljačkih struktura pojedine zdravstvene ustanove. Podaci dobiveni mjerenjem imaju svoju svrhu ako se prezentiraju svima koji su u ispitivanju sudjelovali. Dobiveni podaci daju mogućnost procjene vlastitih snaga i slabosti, od razine bolničkih odjela do razine cijelog zdravstvenog sustava, čime se omogućuje rukovodećim strukturama da donose ciljane odluke o usmjeravanju sredstava, ljudi i znanja u cilju podizanja razine sigurnosti bolesnika.

Međunarodno vijeće medicinskih sestara (engl. *International Council of Nurses* – ICN), koje okuplja udruge sestara iz 134 zemlje, zastupa načelo da je koncept sigurnosti bolesnika ključni čimbenik brige o zdravlju bolesnika i sestrinske njege. ICN vjeruje da jačanje sigurnosti bolesnika podrazumijeva intenziviranje zapošljavanja, obrazovanja i zadržavanja profesionalaca zdravstvene njege, poboljšanje izvedbe rada, sigurnost radne okoline i upravljanje rizicima, uključujući

kontrolu infekcija, sigurnu primjenu lijekova, sigurnu opremu, sigurnu kliničku praksu, sigurnu okolinu pružanja njege i akumuliranje integriranog dijela akademskog znanja o sigurnosti bolesnika uz infrastrukturu koja podržava ovu akumulaciju. „Medicinska sestra, u pružanju skrbi, osigurava da korištenje tehnoloških i znanstvenih postignuća budu kompatibilni sa sigurnošću, dostojanstva i prava osoba“.

ICN smatra da medicinske sestre i nacionalne medicinske sestre udruge imaju odgovornost da informiraju bolesnike i obitelji o potencijalnim rizicima, promptno prijave štetne događaje odgovarajućim tijelima, preuzimaju aktivnu ulogu u procjeni sigurnosti i kvalitete skrbi, poboljšaju komunikaciju s pacijentima i drugim zdravstvenim djelatnicima, lobiraju za standardizirane politike liječenje i odgovarajuće razine osoblja, mjere potpore koje poboljšavaju sigurnost pacijenata, promicanje stroge programe kontrole infekcija i protokola koji minimiziraju pogreške (2).

Znanja i vještine iz područja sigurnosti bolesnika proizlaze iz sigurne primjene lijekova, standardiziranih postupaka, timskog rada i razvijanja komunikacijskih vještina. Uvođenjem smjernica i preporuka za dobru sestrinsku praksu, obrazovanje i istraživanje, današnji teorijski koncepti u sestrinstvu omogućuju profesionalno izvođenje metoda zdravstvene njege, te istovremeno stavljaju pacijenta u središte potrebe odgovarajućih metoda zdravstvene njege. Bolesnici uvijek najbolje reaguju u situacijama izmjene osjećaja i stavova s medicinskim sestrama.

Danas se u procjeni bolesnikove sigurnosti sve više upotrebljava kvalitativna metodologija temeljena na analizi pojedinog slučaja kroz sustav izvještavanja i analizu tog slučaja. Ove metodologije potiču uspostavljanje kulture sigurnosti, jer svaki pojedini događaj može upozoravati na ozbiljnu sustavnu pogrešku. Kvalitativna analiza neželjenih događaja i organizacijske prakse bolesnikove sigurnosti pridonosi spoznaji uzroka, prevenciji i sigurnoj praksi. Valjanost analize ovisi o kvaliteti prikupljenih podataka i poštivanju standardizirane metodologije propisane za svaki pojedini indikator.

U Republici Hrvatskoj se u propisane pokazatelje sigurnosti bolesnika ubrajaju:

- bolnička smrtnost od infarkta miokarda,
- bolnička smrtnost od moždanog infarkta,

- bolnička smrtnost od akutnog pankreatitisa,
- poslijekirurška infekcija rane,
- nedostatna higijena ruku,
- poslijekirurška plućna embolija,
- poslijekirurško krvarenje ili hematoma,
- neželjene nuspojave lijeka,
- opstetrička trauma – vaginalni porođaj bez instrumenata,
- poslijekirurški prijelom kuka,
- pad pacijenta u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi,
- dekubitalni ulkus,
- nuspojave liječenja psihoza (12).

Bolničke zdravstvene ustanove prate navedene pokazatelje, a izvješća o njima dostavljaju Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Podaci se prikupljaju u skladu s uputama navedenim u opisnim listama pojedinih indikatora i šalju u Agenciju putem mrežne aplikacije. Osim uvida u sigurnost kliničke prakse u pojedinim područjima liječenja bolesnika, objavom tih podataka na mrežnim stranicama Agencije, uspoređuje se i sigurnost bolesnika u zdravstvenim ustanovama na razini Republike Hrvatske. Upravo to kontinuirano i kvalitetno praćenje, njihova analiza s proaktivnim djelovanjem na smanjivanje incidencije je preduvjet dobrog upravljanja sigurnošću pacijenata.

### **Medicinska sestra u sustavu kvalitete**

Medicinska sestra je oduvijek zagovornica prava pacijenta i upravo ona brine da se pacijentu osigura primjerena skrb. Sigurnost pacijenta je osnova za kvalitetnu zdravstvenu njegu i kvalitetnu skrb. Osiguranje kvalitetne zdravstvene njege zahtijeva ulaganje svakodnevnog napora da bi se pružila usluga prema profesionalnim standardima i svakom bolesniku pristupilo individualno.

Medicinske sestre čine najveći dio zdravstvenih djelatnika u većini zemalja, one blisko komuniciraju sa bolesnicima i zajednicom, rade tijekom 24 sata u svim sektorima zdravstva. Njihova širina prakse im daje širok uvid u zahtjeve zdravstvenog sustava, utjecaja okoliša na zdravstvene ishode bolesnika i zajednice, te kako ljudi odgovaraju na različite strategije i usluge (41).

Sestrinstvo je u Europskoj uniji jedna od reguliranih profesija, a u Republici Hrvatskoj to postaje nakon donošenja Zakona o sestrinstvu 2003. godine. Spomenuti Zakon osigurao je osnivanje Hrvatske komore medicinskih sestara kao ustanove s javnim ovlastima, koja kroz svoje opće akte regulira sestrinsku praksu, a sve u cilju što bolje zaštite interesa i prava pacijenata korisnika sestrinske skrbi.

Izvršavanje zadataka koji se stavljaju pred medicinsku sestru uključuje sustavno rješavanje problema (kroz proces zdravstvene njege) i sestrinsku skrb za identificirane potrebe bolesnika. Prilikom planiranja zdravstvene njege, medicinska sestra donosi brojne odluke u pogledu sestrinskih dijagnoza, planiranja i implementacije plana njege, te procjenjuje napredak bolesnika prema zdravlju.

Medicinske sestre su idealno pozicionirane da mogu najbolje vokalizirati prijedloge za poboljšanje, mogu biti zagovornici bolje skrbi za bolesnike, te poboljšati kvalitetu i pružanje zdravstvene njege. One su najbliže bolesnicima, upoznate su sa bolesnikovim problemima, uključene su u cijelom procesu zdravstvene skrbi i na taj način mogu utjecati na promjene i na poboljšanje procesa kvalitete koji će dovesti do napredaka zdravstvene njege. Medicinska sestra je djelatnik koji izravno pridonosi stupnju zdravlja svih pripadnika neke populacije (42).

Prema definiciji Američke udruge medicinskih sestara (engl. *American Nurses Association* - ANA) „njega je zaštita, promocija i optimizacija zdravlja i sposobnosti, prevencija bolesti i ozljeda, ublažavanje patnje kroz dijagnostiku i liječenje i zastupanje u brizi o pojedincima, obiteljima, zajednicama i stanovništvu“ (37).

Sestrinstvo je znanstvena grana čija je svrha pomaganje ljudima u poboljšanju stupnja kvalitete života, a praktične metode zasnovane su na znanjima koja su utemeljena na dokazima iz kliničke prakse (43). Polazna točka za proces učenja poboljšanja kvalitete zdravstvene njege su načela i prakse temeljene na iskustvu,

koje medicinskim sestrama omogućuju promjenu i poboljšanje prakse kroz primjenu relevantnih znanja i vještina.

Koncept kvalitete zdravstvene njege Američka udruga medicinskih sestara (engl. *American Nurses Association* - ANA) opisuje kao: "zainteresiranost struke za kvalitetu usluga čini srž odgovornosti te struke prema javnosti" (44).

Zdravstvena njega je autonomno područje djelovanja medicinskih sestara koje je propisano Zakonom o sestrinstvu (13), a koji definira sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjete za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrolu kvalitete i stručni nadzor nad radom medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj. Kontinuiranom edukacijom unaprijeđuje se kvaliteta zdravstvene njege i povećava se učinkovitost u radu s bolesnicima, te se time održava i povećava njihova sigurnost. Važnost kontinuirane edukacije može se pratiti kroz korist koju imaju i zdravstveni radnici i bolesnici na način da kontinuirana edukacija medicinskih sestara povećava sigurnost pacijenata koja je temelj kvalitetne zdravstvene njege (13).

Zbog svoje bliske veze s bolesnicima, medicinske sestre imaju ključne uloge u poboljšanju sigurnosti pacijenata. Obzirom da medicinske sestre veliki dio svog radnog vremena provedu u direktnom kontaktu s bolesnikom, te su često i koordinatori cjelokupne skrbi bolesnika, one moraju težiti kvaliteti i unaprijeđenju kvalitete svojih usluga, kao i sigurnosti bolesnika o kojima skrbe.

„Funkcija koju medicinska sestra obavlja prvenstveno je nezavisna - ona koja djeluje za pacijenta kad nema znanja, fizičke snage ili volje da djeluje za sebe kao što bi redovito djelovao u zdravstvu ili u obavljanju propisane terapije. Ta je funkcija složena i kreativna, nudeći neograničenu priliku za primjenu fizičkih, bioloških i društvenih znanosti i razvoj vještina utemeljenih na njima " (45).

„Zdravstvena njega podrazumijeva pomoć pojedincu, zdravom ili bolesnom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, ozdravljenju ili mirnoj smrti, a koje bi on obavljao da ima potrebnu snagu, volju ili znanje“ (46).

Prilikom pružanja kvalitetne zdravstvene njege pažnja je orijentirana prema bolesniku i njegovim potrebama, kako bi se održala i povećala njihova sigurnost, zadovoljstvo, osamostaljenje i ozdravljenje ili mirna smrt. U dogovoru sa bolesnikom sestra će planirati zdravstvenu njegu u svakoj fazi njegove bolesti prema trenutnim potrebama.

Potrebno je planirati intervencije s ciljem što većeg postizanja samostalnosti i očuvanja samopoštovanja i dostojanstva. Pružanje vrhunske usluge pacijentima je osnovna misija svakog zdravstvenog djelatnika.

Medicinske sestre također imaju koristi od poboljšanja sigurnosti pacijenata, jer pacijenti mogu imati trajne posljedice od štetnih incidenata. Uvid u zdravstvenu ekonomiju može pomoći sestrama - menadžerima pri postavljanju prioriteta za poboljšanje i učinkovitiju procjenu promjena koje su napravljene (47).

Čimbenici koji utječu na kvalitetu su: organizacija zdravstvenog sustava, raspoloživo osoblje, uvođenje promjena, pristup razvijenoj tehnologiji, raspoloživo znanje i vještine, povezanost obrazovnog sustava i zdravstvenog sektora, te sposobnost apsorpcije i usvajanja novih znanja (1).

Institute of Medicine and Robert Wood Johnson Foundation je 2010. godine objavio izvješće „The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health“ u kojemu su navedene 4 točke za poboljšanje zdravstvene njege:

1. medicinske sestre trebaju vježbati praksu kroz svoje obrazovanje i osposobljavanje,
2. medicinske sestre trebaju postići višu razinu obrazovanja i osposobljavanja putem poboljšanog obrazovnog sustava koji promiče njihovu jedinstvenu akademsku progresiju,
3. medicinske sestre bi trebale biti punopravni partneri s liječnicima i drugim zdravstvenim stručnjacima u redizajnu zdravstvene zaštite u Sjedinjenim Državama,
4. učinkovito planiranje radne snage i izrada pravilnika će zahtijevati bolje prikupljanje podataka i poboljšanu informatizacijsku infrastrukturu (48).

Intervencije njege su namijenjene nastanku pozitivnih učinaka, doprinose rezultatima kvalitete i iznad svega, imaju cilj ne naštetiti. Medicinske sestre moraju procijeniti učinkovitost njihovih postupaka u odnosu na identificirane ishode i provoditi njegu na temelju dokaza prakse za poboljšanje skrbi. Kritičko mišljenje je u osnovi svakog koraka procesa njege, rješavanja problema i donošenja odluka. Postupak njege je cikličan i dinamičan međuljudski i zajednički, te univerzalno primjenjiv (37).

Danas medicinska sestra mora biti strateški planer, stručnjak za ljudske resurse, menadžer rizika, stručna i sposobna razumjeti složenost kliničkih područja. Mora imati sposobnost da djeluje, imati kontrolu ili autonomiju, te sposobnost korištenja resursa za postizanje željenih ciljeva ili rezultata.

„Sudjelovanje medicinskih sestara u djelatnostima poboljšanja kakvoće skrbi (ne samo u bolnici, nego i u drugim okruženjima) pruža im dodatnu prigodu za stručno samo - izražavanje, pa čak i stanovitu moć.“ (11).

Jačanje na temelju stručnog komuniciranja s jedne strane i osobno i profesionalno davanje medicinske sestre s druge strane, podrazumijeva da uloga koju samostalno obavljaju stvara koncept moći u njezi. Moć medicinske sestre je ono što omogućuje da samostalno upravljaju poslovima i imaju uporište i jasan stav u zajedničkim procesima s drugim članovima tima, donošenju odluka i zdravstvenoj politici koje će poboljšati kvalitetu zdravstvenih usluga za pacijente (49).

Bradbury - Jones i suradnici definiraju moć kao sposobnost kontrole nad radnim okolišem, jer mnoge sestre nemaju osjećaj kontrole nad svojim radnom okruženju. Voditelji bi kroz međusobnu komunikaciju trebali djelovati kao viši konzultanti, umjesto da izdaju naloge, a podređeni trebaju slobodno razmjenjivati i raspravljati ideje sa svojim starijim suradnicima. U idealnom slučaju, odnos između suradnika bi trebao bi biti ravnopravan a ne autokratski (50).

Pravu moć ima osoba koja je u stanju upravljati srcem, ima moralnu individualnost i primjenjuje načela osobnog i profesionalnog poštovanja i zaštite ljudskog dostojanstva, kako bi se uspješno utjecalo na druge radi promjene stavova i ponašanja (49).

Literatura ukazuje da je tamo gdje su sestre imale mogućnosti utjecati na razvoj zdravstvene politike, došlo do pozitivnih pogodnosti za zdravstvo, bolesnika i zajednicu, te medicinske sestre (41).

Medicinske sestre, kao najbrojniji zdravstveni djelatnici uključeni u pružanje izravne skrbi za bolesnike, u središtu su provedbe učinkovitih organizacijskih pristupa za rješavanje mnogih izazova vezanih uz sigurnost bolesnika i kvalitetu zdravstvene njege. Potrebni su im alati kojima će pomoći identificirati i ukloniti postojeći nerazmjer između stvarnog svijeta prakse i željenih usluga, kvalitete i ishoda bolesnika. Za

uvođenje novih pristupa je potrebno tijekom vremena te alate implementirati i prilagoditi, te pratiti napredak.

Djeluju prema etičkom kodeksu i koriste kompetencije i organizacijske sposobnosti, te tako podržavaju način skrbi u kojoj je bolesnik središte svakog razgovora o zdravstvenoj skrbi. Donose odluke, koordiniraju poslove drugih u timu, vode računa o financijama, ocjenjuju kvalitetu zdravstvene njege. Traže stalno poboljšanje kvalitete i sigurnosti rada i svjesne su vrijednosti dobre zdravstvene njege, pokazuju kvalitetu dokumentirajući primjenu u procesu sestrinske dokumentacije na odgovoran i etički način, koriste kreativnosti i inovacije za poboljšanje njege, te sudjeluju u poboljšanju kvalitete.

Aktivnosti medicinskih sestara mogu uključivati identificiranje aspekata praksi važnih za praćenje kvalitete, korištenje pokazatelja za praćenje kvalitete, sigurnosti i djelotvornosti sestrinske njege, te prikupljanje podataka za praćenje kvalitete i učinkovitosti njege. Potrebno je redovito procjenjivati sigurnost, učinkovitost i troškove u planiranju i pružanju medicinske skrbi. Znaju da su resursi ograničeni i nejednako raspoređeni, te da potencijal za bolji pristup skrbi zahtijeva inovativne pristupe.

Sestrinska dokumentacija je relevantan izvor podataka o kvaliteti zdravstvene njege, omogućuje reviziju definiranih ciljeva, a ujedno pruža dokaze o učinkovitosti i financijskoj isplativosti pojedinih standardnih postupaka. Analizirajući podatke za identifikaciju kvalitete ishoda njege, provode aktivnosti kako bi se poboljšala kvaliteta sestrinske njege unapređivanjem, provođenjem i / ili vrednovanjem politike, procedura i smjernica za poboljšanje kvalitete njege.

Prema bifokalnom modelu sestrinske prakse koju opisuje Capernito, medicinske sestre, uz samostalne sestrinske intervencije koji proizlaze iz sestrinskih dijagnoza, provode i nesamostalne sestrinske postupke u suradnji s drugim profilima zdravstvenih radnika koji proizlaze iz sestrinsko - medicinskih problema (51).

Kramer i suradnici smatraju da je zajedničko upravljanje sustav koji olakšava kontrolu i potiče zdravstvenu negu. Ova struktura upravljanja je inovacija u upravljanju negom koja je osmišljena kako bi se uklonili tradicionalni hijerarhijski modeli, te

isticanje zapovijedanja i nadzora, kako bi se medicinskim sestrama omogućio nadzor nad zdravstvom praksom (49).

Sestrinske organizacije moraju upotrijebiti brojne strategije za pridonošenje učinkovitog razvoja politike, uključujući i praćenja medicinskih sestara u radnoj snazi, ugradnjom novih modela i strategija upravljanja, stalnim marketingom pozitivne slike o njezi ključnom rukovodstvu i političkim dionicima u zemlji i inozemstvu, te širenjem odgovarajućeg znanja i istraživanjima, uz stalno razvijanje i održavanje odgovarajućih mreža omogućiti međusobne odnose vladinih i nevladinih organizacija (52).

Tamo gdje se poslovna politika i medicina ne sukobljavaju, osigurana je mogućnost medicinskim sestrama da zadovolje potražnju za sigurnom, visoko kvalitetnom njegom u kojoj je u središtu pacijent. Smatra se da je njega važna komponenta zdravstvenog sustava, te se provodi upravljanje kvalitetom u službi zaštite, zbog sve većeg razumijevanje da se optimalni standardi zdravstvene zaštite mogu postići samo s kvalitetom.

### **Upravljanje kvalitetom zdravstvene njege**

Upravljanje kvalitetom je mjerenje i ispravljanje svih postupaka u cjelokupnom procesu rada, u skladu s prihvaćenim planom i ciljevima zdravstvene njege. Aktivnosti i programi namijenjeni su kako bi se osigurala ili poboljšala kvaliteta zdravstvene njege u definiranom medicinskom okruženju.

Kvaliteta zdravstvene njege uključuje fizički pristup bolesnicima i ispunjenje njihovih psihosocijalnih potreba, zadovoljstva određenom pažnjom, te je stoga sveobuhvatna i višedimenzionalna odgovornost medicinske sestre za zadanu skrb i povjerenje bolesnika (53).

Koncept uključuje procjenu ili vrednovanje kvalitete zdravstvene njege, identifikaciju problema ili nedostataka u pružanju zdravstvene skrbi, planiranje aktivnosti za prevladavanje tih nedostataka i praćenje kako bi se osigurala učinkovitost korektivnih koraka.

Moguće je izdvojiti četiri temeljna načela upravljanja kvalitetom:

- loša kvaliteta je posljedica problema povezanih s funkcioniranjem sustava, nedjelovanja ljudi unutar sustava,
- svi su unutar organizacije odgovorni za kvalitetu i za prepoznavanje te rješavanje problema,
- kvaliteta se promatra iz perspektive bolesnika,
- loša kvaliteta je skupa (1).

Odgovornost menadžmenta je osiguranje opredijeljenosti, vodstvo, motiviranje i prikladna podrška tehničkim i ljudskim procesima. Menadžment mora promicati uključivanje zaposlenika u poboljšavanje kvalitete, te razvijanje kulture kvalitete promjenom percepcije i odnosa prema njoj.

Medicinske sestre - menadžeri moraju usvojiti preventivne i korektivne mjere kako bi se izbjeglo ugrožavanje pacijenata, te osigurala zadovoljavajuća kvaliteta zdravstvene njege. Osoblje za njegu bolesnika mora rješavati probleme bolesnika odmah, te osoblje za njegu mora biti kompetentno za njegu bolesnika (17).

Potrebno je da medicinske sestre - menadžeri vode razvoj politike kvalitete na temelju kliničkih smjernica i protokola, a postojeće politike upravljanja moraju uspostaviti sveobuhvatne smjernice koje pokrivaju širok spektar aktivnosti za sestrinsku praksu. Upravljanje kvalitetom zdravstvene njege podrazumijeva proces koji se temelji na strategiji otkrivanja i sprečavanja pogrešaka primjenom Demingova ciklusa. On je priznao da je zdravstveni sustav manjkav, ali za to nisu krivi djelatnici, već je, između ostaloga, potrebno izvrsno vodstvo (21).

Poboljšanje kvalitete skrbi je stalni izazov za medicinske sestre menadžere u bolnicama jer zdravstvena njega odražava razinu pristupa najboljem ishodu zdravlja bolesnika, te stoga usluge moraju biti učinkovite i djelotvorne.

Medicinske sestre u cijelom svijetu, pa tako i u Republici Hrvatskoj, čine važan dio zdravstvenog sustava i njihove usluge značajno utječu na njega, te je upravo zato potrebno unapređivati njihovu djelatnost i upravljanje kvalitetom zdravstvene njege.

Opći standardi za određivanje stupnja kvalitete zdravstvene njege, te posljedično učinkovitosti postupaka koje primjenjuju medicinske sestre su: stupanj učinkovitosti,

djelotvornost, pravednost, humanost, efikasnost, prikladnost usluge, pristupačnost, prihvatljivost i kontinuitet.

Kontrola kvalitete rada medicinskih sestara naročito obuhvaća: plan zdravstvene njege, provođenje postupaka zdravstvene njege, rezultate zdravstvene njege i utjecaj zdravstvene njege na zdravstveni status bolesnika

Bolja njega poboljšava ukupnu kvalitetu liječenja, što doprinosi sigurnom liječenju usmjerenom na ostvarivanje povoljnih zdravstvenih ishoda, čime se smanjuju troškovi liječenja za pojedinca, obitelj, poslodavaca i društvo.

Prema analizama, sestrinska skrb predstavlja više od 70% svih postupaka s bolesnikom za vrijeme bolničkog liječenja (54). Ukupan zbroj sestrinskih aktivnosti uključuju procjenu (utvrđivanje potreba), intervencije (prema utvrđenim potrebama) i evaluaciju (vrednovanje učinkovitosti pomoći).

Obrasci zdravstvenog funkcioniranja Marjory Gordon su jedan od modela za prikupljanje podataka i strukturiranje sestrinske anamneze (55).

Sestrinska anamneza omogućuje prepoznavanje i rješavanje pacijentovih zdravstvenih potreba koje se odnose na osnovne ljudske potrebe, pa tako i potrebe za sigurnošću. Kao sustavnu metodu rada u zdravstvenoj njezi treba prihvatiti proces zdravstvene njege, kao racionalan, logičan i utemeljen na znanju, koji se sastoji se u utvrđivanju potreba za zdravstvenom njegom, planiranjem, provođenjem i evaluacijom zdravstvene njege. Kako bi utvrdila pacijentove potrebe za sigurnošću, medicinska sestra mora prikupiti podatke i pri tome se koristiti metodama intervjua, promatranja, mjerenja, analizom dokumentacije.

Prisutnost novih tehnologija u zdravstvene ustanove uvodi nove zahtjeve u sestrinsku i znanstvenu zajednicu, te je nerijetko popraćeno dehumanizacijom i suptilnim gubitkom temeljnih ljudskih vrijednosti (56).

Mjere za prevenciju neželjenih događaja u sestrinskoj praksi, uz kontrolu kvalitete sestrinske skrbi, uključuju integriranje i evaluaciju programa prevencije pada i dekubitusa, mnogobrojne intervencije, multidisciplinarni pristup, edukaciju osoblja, bolesnika i suradnju s obitelji. Potrebno je podizati svijest medicinskih sestara o važnosti prikupljanja podataka, analizi trendova, izvještavanju o neželjenim

događajima na stručnim sastancima kao i nužnost uvođenja promjena u radnom okruženju.

### **Nužnost edukacije medicinskih sestara za uspostavljanje sustava kvalitete**

Bolesnici žele jamstvo da su se za njih skrbile medicinske sestre uz korištenje najbolje moguće prakse, a to uključuje integraciju modela odlučivanja utemeljenih na dokazima u svojoj svakodnevnoj praksi.

Bolesnikova sigurnost je integrirana u nastavne planove i programe za medicinske sestre i tehničare još od vremena Florence Nightingale. Ona je isticala važnost znanja u zdravstvenoj njezi, naglašavajući da i osnovni elementi zdravstvene njege zahtijevaju znanje (57).

Smatrala je da je zdravstvena njega stvaranje najpovoljnijih uvjeta kako bi prirodne snage mogle djelovati na bolesnika, te je navela je četiri osnove sestrinstva: osoba, okolina/okruženje, (uključuje sve fizičko, psihološko, društveno), zdravlje i zdravstvena njega.

Njezin rad je uključivao izgradnju zdravog okruženja za njegu i osiguranje standarda u bolnicama u cilju borbe sa smrtnim infekcijama i s ciljem izbjegavanja dodatnih komplikacija. Obuhvaćao je i skrb o sigurnosti bolesnika, osobito 1854. godine, tijekom Krimskog rata, kada je sakupljala podatke o mortalitetu vojnika, te ih je podijelila u tri kategorije: smrti uzrokovane zaraznim bolestima koje se mogu spriječiti, smrti uzrokovane infekcijama rana bolesnika, i smrti uzrokovane svim ostalim uzročnicima. Ubrzo je shvatila da je veći broj vojnika umirao u bolnicama na terenu od komplikacija koje su se mogle izbjeći i od bolničkih infekcija, nego što ih je umiralo u borbi. Sukladno tome, implementirala je aktivnosti za poboljšanje standarda njege, što je rezultiralo drastičnim smanjenjem smrtnosti i predstavljalo početak razvoja pokreta za sigurnost bolesnika u nadolazećim godinama (58).

Osnova njenog pristupa bolesniku, koji se sastoji u kvalitetnom pružanju zdravstvene skrbi s posebnim težištem na okruženje u kojemu se ta skrb odvija, od higijene do prehrane, zadržala se do danas.

Hildegard Peplau je prva medicinska sestra koja je upotrijebila izraz „praksa njege“ definirajući praksu kao „tijelo znanja“ ujedinjeno procesima i metodama tog znanja (59).

Teorije zdravstvene njege razvijale su se kroz povijest u svrhu učinkovitije uporabe metoda i postupaka zdravstvene njege u svakodnevnim radnim aktivnostima. Mnogobrojne autorice u znanosti sestrinstva izradile su na postojećim teorijama sestrinstva modele zbrinjavanja bolesnika koji su važna komponenta u obrazovanju medicinskih sestara, a zasnovane su na osnovnim spoznajama humanističkih znanosti. Neki od modela opisuju međusobnu interakciju medicinske sestre i bolesnika, načine adaptacije na unutarnje i vanjske stimulanse, kao i razvojne faze kroz koje medicinske sestre prolaze (43).

Teorije sestrinstva predstavljaju alat za razvoj znanja i trebaju se razvijati u skladu sa sestrinskim kreativnim razmišljanjem, te u interakciji s pacijentom (60).

Uočeno je da teorije pospješuju komunikaciju među zdravstvenim osobljem, poboljšavaju rješavanje problema, razjašnjavaju područje djelovanja i mišljenje medicinskih sestara o praksi, identificiraju ciljeve sestrinske prakse te poboljšavaju stupanj kvalitete zdravstvene njege (59).

Zdravstvena njega, koju pružaju medicinske sestre uz današnja medicinsko-tehnička dostignuća i priznate standarde liječenja, treba omogućiti sveobuhvatnu kvalitetu, sigurnost i slijed zdravstvenih postupaka poštujući načela u funkciji zaštite zdravlja (3).

U bolničkom okruženju naglašena je individualizacija i primjena sustavnog, znanstveno utemeljenog pristupa u brizi za korisnike kroz proces sestrinske skrbi. Ubrzanim razvojem medicine nameće se potreba za stalnom edukacijom, usvajanjem novih znanja i vještina kao i poznavanje rada na različitim uređajima.

Primjena najboljeg stručnog znanja u procesu zdravstvene njege profesionalno se razvija kontinuiranom edukacijom, tj. cijeloživotnim učenjem, teorijskim i praktičnim radom, s ciljem da se unaprijedi kvaliteta sestrinske skrbi. Kontinuirana edukacija medicinskih sestara s ciljem unaprjeđenja kvalitete pružene zdravstvene njege povećava učinkovitost u radu s bolesnicima (13).

Medicinske sestre su strukovno obrazovane i osposobljene za rad, te su uz neophodno obrazovanje dužne pratiti i novitete u liječenju i tehnologiji, kako bi i sestrinski postupci bili usklađeni sa standardiziranim procesima liječenja. Nužnost obrazovanja je isticala i Ernestine Wiedenbach, naglašavajući da je provođenje zdravstvene njege bez podupiranja teorije prazan pristup (57).

S polazišta da kompetencije služe pacijentu i poslodavcu, proizlazi da je školovanje medicinskih sestara nužno u svrhu sigurnosti bolesnika i poboljšanju kvalitete zdravstvene njege. Nužne su promjene u obrazovanju medicinskih sestara i usklađivanje s Direktivom 2005/36/EC (61) (koja u kontekstu Bolonjskog procesa i Europskog kvalifikacijskog okvira opisuje obrazovni okvir za medicinske sestre), za postizanje sigurnosti bolesnika na svim razinama zdravstvene skrbi. Kontinuiranom edukacijom unaprjeđuje se kvaliteta zdravstvene njege i povećava se učinkovitost u radu s bolesnicima te se time održava i povećava njihova sigurnost.

Stupanj obrazovanja olakšava postizanje razine znanja i vještina koje doprinose intelektualnim procesima koji su potrebni za sudjelovanje u razvoju zdravstvene politike. Sestra lider zdravstvene njege mora biti ravnopravna s drugim stručnjacima, poput farmaceuta i liječnika, koji su uključeni u razvoj zdravstvene politike. Atributi vodstva se mogu naučiti kroz osnovne obrazovne institucije i treba ih njegovati kroz napredovanje u karijeri svakog pojedinca. Sestre lideri također moraju znati lobirati s kreatorima politike i utjecaja zdravstvene politike u interesu za sestrinsku profesiju (41).

Važno je da visoko obrazovane medicinske sestre pri kontroli kvalitete rada budu na specifičnim radnim mjestima, jer potiču promjene u smislu poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite, sigurnosti pacijenata i upravljanja rizicima u sustavu kvalitete (62).

Hrvatsko sestrinstvo je formalno uvedeno u Aneks 5 Direktive 2005/36. Radna mjesta medicinskih sestara moraju biti usklađena s kompetencijama i ovlastima sukladno Europskom kvalifikacijskom okviru (engl. *European Qualifications Framework* - EQF). Razina obrazovanja sa sobom nosi i razinu kompetencija i samostalnosti.

Budući da medicinske sestre brinu za svoje bolesnike u bolnicama tijekom 24 sata, one sebe vide kao primarno odgovorne za njihovu dobrobit, te u timu imaju ulogu ključnog čuvara sigurnosti bolesnika. Mnoge ozljede se javljaju kao rezultat pogrešaka, te se definiraju kao neuspjeh planiranog djelovanja skladu s namjenom ili korištenje pogrešnog planiranja za postizanje cilja (2).

Etički kodeks Međunarodnog vijeća medicinskih sestara (engl. *International Council of Nurses* - ICN) kao jedan od elemenata uključuje i sigurnost: medicinska sestra, u pružanju skrbi, osigurava da su upotreba tehnologije i znanstvenih dostignuća kompatibilni sa sigurnošću, dostojanstva i prava osoba (64). ICN se zalaže za način rada u kojem sestre vode brigu o sigurnosti bolesnika u svim aspektima pružanja njege, uključujući informiranost bolesnika, zagovarajući sigurnost bolesnika i izvještavanje o učinjenim pogreškama.

Izjavom o sigurnosti, koja je usvojena 2002. godine, Međunarodno vijeće medicinskih sestara (engl. *International Council of Nurses* - ICN) smatra da sestre i nacionalne udruge medicinskih sestara imaju odgovornost:

- informirati bolesnika i obitelj o potencijalnim rizicima
- promptno prijaviti štetne događaje odgovarajućim tijelima
- preuzeti aktivnu ulogu u procjeni sigurnosti i kvaliteti skrbi
- poboljšati komunikaciju s pacijentima i drugim zdravstvenim djelatnicima
- lobirati za odgovarajuće razine osoblja
- osigurati mjere potpore koje poboljšavaju sigurnost pacijenata
- promicati stroge programe kontrole infekcija
- lobiranje za standardizirane protokole koji minimiziraju pogreške
- suradnja s profesionalnim tijelima koja predstavljaju farmaceuti, liječnici i drugi dionici uključeni u pakiranje i označavanje lijekova
- suradnja s nacionalnim sustavima izvješćivanja na evidentiranju i analiziranju nuspojava

- razvijati mehanizme, primjerice preko akreditacije, prepoznavanje karakteristika zdravstvenih usluga koje nude mjerila za izvrsnosti u sigurnosti pacijenta (2).

U oblikovanju obrazovnih, praktičnih i odgojnih aktivnosti, sestrinstvo u Republici Hrvatskoj nastoji pratiti moderne europske i svjetske trendove, polazeći od uloge medicinske sestre koja se temelji na definiciji zdravstvene njege Virginije Henderson. Ona definira područje rada medicinske sestre u kojem je ona stručnjak, djeluje samostalno, ali i kao dio zdravstvenog tima koji zajednički i usklađeno zbrinjava pacijenta u cilju postizanja bržeg oporavka i povratka samostalnosti pacijenta ili mirne smrti. Pojedinaac za kojeg brine medicinska sestra može biti bolesna ili zdrava osoba koja treba pomoć kod zadovoljavanja svojih osnovnih ljudskih potreba, gdje je medicinska sestra sa svojom pomoći važan faktor u planiranju pomoći pojedincu uzimajući u obzir potrebe i mogućnosti, te želje osobe kao individue (46).

Obzirom da je sestrinstvo umijeće, znanost, ali nadasve praktična disciplina, praktične kliničke vještine imaju veliko značenje. Njima se ne pomaže samo pacijentu u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, nego i utječe na kvalitetu zdravstvene njege, uz istovremeno prezentiranje stupnja razvoja sestrinstva (43). Takva razmatranja utječu na promicanje zdravlja i poboljšanje očekivanih ishoda liječenja, te izravno utječu na unapređenje zdravstvene i socijalne politike u društvu.

Tijekom obrazovanja medicinske sestre trebaju osvijestiti važnost upotrebe refleksivne prakse, suradničkog učenja, cijeloživotnog obrazovanja i usavršavanja, te provedbe znanstvenih istraživanja u svrhu povećanja obima sestrinstva utemeljenog na dokazima (65). Cijeloživotno obrazovanje i usavršavanje povećava sigurnost pacijenata, što je temelj kvalitetne zdravstvene njege.

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

Medicinske sestre pružaju zdravstvenu njegu, te doprinose svojim znanjem i iskustvom strateškom planiranju i učinkovitom korištenju resursa. Moraju biti osposobljene da stručno i znanstveno definiraju primjenu postupaka kojima se postiže poboljšanje stupnja zdravlja, a koji istodobno moraju biti usklađeni s metodama koje primjenjuju ostali članovi multidisciplinarnog zdravstvenog tima (66).

Zbog svoje bliske interakcije s bolesnicima i njihovim obiteljima, medicinske sestre pomažu interpretirati potrebe i očekivanja bolesnika. Uključene su u donošenje odluka na razini kliničke prakse, kao i u upravljanju. Koriste rezultate istraživanja i sudjeluju u donošenju odluka o kvaliteti i ekonomičnosti pružanja zdravstvene skrbi.

Medicinska sestra mora biti dobar menadžer, koordinator, administrativni radnik, psiholog, osoba od povjerenja, te osoba koja dobro poznaje sve grane medicine. Potrebno je posjedovati znanja upravljanja promjenama (koordiniranja, informiranja i pripreme zaposlenike za nastupajuće promjene, koje mogu biti radne, organizacijske, tehničke, tehnološke, itd.), upravljanja vremenom (organizacione sposobnosti, koordinaciju rada bez zastoja u izvršenju), upravljanja konfliktom (sposobnost efikasnog razrješavanja poslovnih i ostalih konflikata među osobljem, pacijentima i članovima njihovih porodica), upravljanja ljudskim resursima (sposobnost motiviranja, utjecaja i poticanja suradnje među osobljem), te upravljanja timskim radom (sposobnost organiziranja rada na timskoj osnovi).

Međunarodno vijeće medicinskih sestara ((engl. *International Council of Nurses* - ICN)) i njegove nacionalne članice, udruge medicinskih sestara (engl. *National Nursing Assessment Service* - NNAs) promiču i podržavaju sve napore kako bi poboljšali pripremu sestara za upravljanje, vodstvo i razvoj politike. Ova priprema treba biti široka i mora uključivati razvoj znanja i vještina za utjecanje na promjenu, sudjelovanje u političkom procesu, društveni marketing, oblikovanje koalicije, rad s medijima i drugim utjecajnim sredstvima. Mora prepoznati složene procese i čimbenike koji su uključeni u učinkovitom odlučivanju. Kroz programske dokumente ICN-a, *ICN - Strategic Plan 2011-2014* (67), razumijevanje problematike sigurnosti pacijenata opisuje se kao osnova za poboljšanje kvalitete zdravstvene njege, obrazovanja i zadržavanja zdravstvenih djelatnika u zdravstvenome sustavu, poboljšanje kvalitete svakodnevnih radnih aktivnosti, povećanje sigurnosti u radnome okružju, poboljšanje kontrole infektivnih bolesti, podizanje stupnja sigurnosti u uporabi lijekova, ispravnu uporabu sigurnosnih mjera, podizanje stupnja sigurne kliničke prakse, povećanje znanstveno verificiranih čimbenika o sigurnosti bolesnika uz infrastrukturu koja podupire nalaženje novih čimbenika (67).

Pridruživanjem Republike Hrvatske u EU postoji obveza podizanja akademskog stupnja obrazovanja medicinskih sestara/tehničara sukladno Direktivi 2005/36/ EZ

(61). Kontinuirano obrazovanje medicinskih sestara ima važnu ulogu u razvoju biomedicinske znanosti, stjecanju novih vještina i vrstama ponašanja zdravstvenih djelatnika. Navedeni čimbenici osnova su za razumijevanje znanosti o sigurnosti pacijenata. Kontinuiranom edukacijom unaprijeđuje se kvaliteta zdravstvene njege i povećava se učinkovitost u radu s bolesnicima te se time održava i povećava njihova sigurnost. Obrazovanje iz područja sigurnosti pacijenata usmjereno je na stjecanje znanja, stavova i vještina kojima će se podržati promjene u ponašanju u cilju pružanja sigurnije njege. Kvaliteta i sigurnost njege mogu biti zajamčeni jedino u okviru radne okoline koja pruža podršku i uz odgovarajuće osposobljeno osoblje.

Jedan od prioriteta Plana i programa mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite je i provođenje edukacije iz kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite, te donošenje programa edukacije i provedbi edukacije o kvaliteti i sigurnosti za sudionike u zdravstvu (19).

Sukladno Zakonu o sestrinstvu, kontrolu kvalitete zdravstvene njege provodi za to posebno educirana medicinska sestra, kao član tima koji imenuje poslodavac u suradnji s Ministarstvom za zdravstvo i Hrvatskom komorom medicinskih sestara. Na složenost poslova medicinske sestre za kontrolu kvalitete veliki utjecaj ima politika zdravstvene zaštite, razvijenost sustava kvalitete unutar bolničke zdravstvene zaštite, te stupanj obrazovanja medicinske sestre za kontrolu kvalitete zdravstvene zaštite (13).

Kombinacija vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe medicinskih sestara omogućuju pravovaljano izvođenje zdravstvene njege u svakodnevnom radu.

Progresivna zdravstvena njega znači maksimalno prilagođavanje potrebama pacijenta, odnosno svrstavanje pacijenata u skupine prema stupnju potrebne njege, upotrebu određenih medicinsko-tehničkih zahvata i određene opreme, te kompetencije medicinske sestre. Važno je utvrditi prioritete pri rješavanju problema i pri tome uvažiti bolesnikovo mišljenje o važnosti i težini problema, ako ono nije u suprotnosti s medicinskim spoznajama ili ako ga ne ugrožava. Ciljevi moraju biti orijentirani na bolesnika, realni, jasni, precizni i usklađeni sa cjelokupnim planom

zbrinjavanja. Intervencije moraju biti utemeljene na znanju, individualizirane, realne, usklađene s cjelokupnim zbrinjavanjem i sa što manje neželjenih učinaka (68).

Svaki postupak pri zbrinjavanju pacijenta uključuje određeni stupanj potencijalnog rizika. Procjena sigurnosti bolesnika se temelji na praćenju strukture, odnosno načina na koji je zdravstvena skrb organizirana, procesa, kako se skrb pruža i ishoda koji ona donosi u odnosu na rezultate liječenja. Procjena ili mjerenje kulture bolesnikove sigurnosti pojavljuje se kao važan pokazatelj snaga ili slabosti u nekoj zdravstvenoj ustanovi, a ujedno i polazište za planiranje i poduzimanje aktivnosti i mjera za poboljšanje.

Kontrola kvalitete se mjeri 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, te protokoli.

Medicinske sestre imaju razvijene standarde kvalitete i indikatore kojima se kvaliteta pokušava izmjeriti. Standardom se određuje usuglašenost razine kvalitete i kvantiteta rada. Standardi sestrinske prakse su validne definicije dogovorene i prihvatljive kvalitete zdravstvene njege na određenom radnom mjestu kojima se prosuđuje i evaluira sestrinska praksa.

Standardima se:

- utvrđuju kriteriji rada
- planiraju ciljevi
- planira strategija
- utvrđuju kvantitativne mjere ishoda ili usluga
- utvrđuje broj sati rada
- utvrđuje cijena
- utvrđuje dohodak

- utvrđuje ukupni prihod
- utvrđuje program

Koncept uključuje procjenu kvalitete zdravstvene njege, identificiranje problema ili nedostataka u provođenju skrbi, dizajniranje aktivnosti za rješavanje nedostataka, te naknadni nadzor u cilju osiguranja učinkovitosti korektivnih koraka. Postoje brojni principi procjene i mjerenja kvalitete, a identificirani su i brojni faktori koji utječu na kvalitetu sestrinske njege.

Indikatori kvalitete u sestrinskoj skrbi su vrsta i broj bolničkih infekcija, integritet kože/dekubitus, broj medicinskih sestara i drugog osoblja po krevetu bolesnika, ukupan broj sati zdravstvene njege po bolesniku tijekom 24 sata, zadovoljstvo bolesnika sestrinskom skrbi, zadovoljstvo bolesnika suzbijanjem boli, zadovoljstvo bolesnika razinom edukacije, odnosno informiranošću i zadovoljstvo medicinskih sestara (20).

Potrebni su jednostavni pokazatelji kvalitete koji su prikladni za korištenje u svakodnevnom radu i koji će opravdati koncept i korištenje strateških i kliničkih resursa prilikom zdravstvene njege. Izrada i implementacija protokola i smjernica, detaljnih uputa za rad, uočavanje nesukladnosti i donošenje popravno - korektivnih radnji je imperativ izgradnje sustava kvalitete u svakoj zdravstvenoj ustanovi.

Prilikom formuliranja pokazatelja kvalitete zdravstvene njege, važno je odlučiti što je bitno, realno i može utjecati na medicinske sestre. Ove aspekte su opisali Kitson i sur. koji su naglasili profesionalno iskustvo i istraživanja temeljena na dokazima kao izvor informacija, navodeći da su kriteriji moraju biti relevantni i dostižni (69). U studiji koju su izradili Farrell i Scherer osnovna pretpostavka je da je mišljenje medicinske sestre najvažniji izvor informacija o tome što čini kvalitetu u zdravstvenoj njezi (70).

Zdravstveni postupci moraju biti sistematizirani, planirani te utemeljeni na znanju i iskustvu. U cjelokupnom zbrinjavanju pacijenata kroz proces zdravstvene njege medicinske sestre provode sistematizirane intervencije koje su usmjerene prema održavanju i optimiziranju zdravstvenog stanja, sprječavanju nastanka komplikacija postojećih bolesti, ciljanoj skrbi o rani, smanjenju boli, povećanju pokretljivosti i zadovoljstva s ciljem postizanja zadovoljavajućih funkcionalnih i estetskih rezultata.

Klinička sestrinska praksa utemeljena na dokazima predstavlja povezivanje osobnoga iskustva i sustava vrijednosti medicinskih sestara i bolesnika s najboljim mogućim dokazom iz sestrinske i medicinske literature. Prema većini svjetskih eksperata u sestrinstvu, metodologija sestrinstva temeljenog na dokazima objedinjuje traženje informacija, kritičku prosudbu, sažimanje informacija i primjenu informacija u svakodnevnoj sestrinskoj praksi, te ocjenu ishoda odluke (71).

Henderson Saras opisuje da iskustva iz prakse pokazuju kako medicinske sestre nisu u mogućnosti potpuno prenijeti teorijsko znanje stečeno edukacijom na akademskoj razini u svakodnevnu praksu. Najčešći razlog je birokratska organizacija zdravstvenog sustava u kojoj medicinske sestre pružaju njegu, a koja ima tendenciju da se temelji na konceptima upravljanja gdje je smanjenje troškova i racionalizacija najvažnija karika (45).

Usvojena znanstvena znanja medicinska sestra mora svakodnevno upotrebljavati u svakodnevnom radu kako bi pomogla kako bi pomogla ljudima da ostvare zdrav i produktivan život ili da se na najbolji mogući način suoče s nedostacima i oštećenjima zdravlja. Zaključci konferencije o sestrinstvu u Beču (1988.g.) ukazuju na posebnu važnost razvoja sestrinske prakse kroz kritičko razmišljanje i istraživanje. (43).

### **Indikatori kvalitete zdravstvene njege**

U središtu programa upravljanja kvalitetom se nalaze indikatori ili pokazatelji kvalitete, oni su sredstva mjerenja, probira ili oznaka koje služe kao vodič za nadziranje, procjenjivanje i poboljšanje kvalitete skrbi koja utječe na ishod liječenja bolesnika. Indikatori kvalitete su mjerljive činjenice unutar procesa zdravstvene njege i zadovoljstva pacijenata. Oni omogućavaju dokumentiranje kvalitete zdravstvene njege, uspoređivanje i mjerenje između pojedinih radilišta, (npr. odjela, bolnice) tijekom vremena, potporu poboljšanju kvalitete, potporu bolesnikovom izboru davatelja usluge. Zadovoljstvo je subjektivna kategorija, ali ga je ipak moguće mjeriti raznim oblicima povratnih obavijesti od pacijenata.

Indikatori kvalitete zdravstvene njege se odnose na različite elemente sestrinske skrbi. Rezultate o indikatorima je potrebno analizirati i usporediti ih s drugim

praksama ili s međunarodno priznatim kriterijima prihvatljivosti svakog pojedinog indikatora.

Indikatori omogućavaju dokumentiranje kvalitete zdravstvene njege, uspoređivanje i mjerila između pojedinih radilišta (npr. jedinice, bolnice) tijekom vremena, te pružanja potpore za poboljšanje kvalitete i potporu bolesnikovom izboru davatelja usluge. Praćenje indikatora zdravstvene njege može zdravstvenom osoblju dati sasvim nov pogled na njihov vlastiti rad.

Bolesnik u središtu je model koji znači da bolesnik i njegova obitelj jesu i trebaju biti uključeni u zdravstvenu njegu kroz usku suradnju sa zdravstvenim osobljem utječući na donošenje odluka i oblikovanje zdravstvene njege. Prema Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (3), „orijentiranost prema pacijentu podrazumijeva da je dobrobit pacijenta temeljno polazište za odluku o zdravstvenim postupcima što uključuje njegovo pravo na suodlučivanje u cilju unapređenja kvalitete njegova života“.

Pojam bolesnikove sigurnosti podrazumijeva nastojanja i aktivnosti koje se poduzimaju kako bi svi postupci i okruženje u pružanju zdravstvene njege osigurali željeni ishod bolesnikova liječenja. Prihvatanjem sigurnosti pacijenta kao temeljne osnove kvalitetne zdravstvene zaštite, učenjem na vlastitim greškama i iskustvima drugih, može se prevenirati buduća pojava incidenata.

U ostvarenju modela bolesnik u središtu važno je iskustvo medicinskog osoblja koje sudjeluje u pružanju zdravstvene njege, te uspostavljanje alata (upitnika) za procjenu i mjerenje kvalitete zdravstvene njege. To bi trebalo uključivati procjenu rizika, identifikaciju i upravljanje rizicima, izvještavanje i analizu incidenata, kao i sposobnost učenja i praćenja incidenata, te implementaciju rješenja kako bi se smanjila opasnost od ponavljanja.

„Sestrinska dokumentacija jest skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege, te je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta“ (72). Sadržaj i obrazac sestrinske liste na prijedlog Hrvatske komore medicinskih sestara propisuje ministar nadležan za zdravstvo. Medicinska sestra je obvezna evidentirati sve provedene postupke na sestrinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite (13).

Sestrinska lista je vrlo korisna za pacijente, medicinske sestre i zdravstvene ustanove, jer se na temelju nje u svakom trenutku može utvrditi je li planirana zdravstvena njega stvarno i provedena. Sestrinska dokumentacija je primjer dobre prakse na području unapređenja bolesnikove sigurnosti i dokaz da je sestrinska struka svjesna postojanja problema bolesnikove sigurnosti, te je spremna aktivno se uključiti u poboljšanje te sigurnosti.

Poboljšanje i razvoj kvalitete zdravstvene zaštite (bolesnikove sigurnosti) zahtijeva znanje, izbor i primjenu specifičnih metoda i alata prilagođenih mogućnostima pojedinih zdravstvenih ustanova. Za utvrđivanje utjecaja restrukturiranja zdravstvenog sustava na sigurnost i kvalitetu skrbi na bolesnike i sestrinstvo je Američka udruga medicinskih sestara (engl. *American Nurses Association* - ANA) u ožujku 1994.godine pokrenula inicijativu ("*Nursing's Safety & Quality Initiative*"), koja je, između ostalog, imala za posljedicu indikatore kvalitete zdravstvene njege (73).

## **Dekubitus**

Dekubitus, kao jedan od indikatora zdravstvene njege, problem je u sustavu zdravstvene zaštite, zbog kojega pate pacijenti i njihove obitelji. Povećani rizik za nastanak dekubitusa imaju nepokretni bolesnici koji dugotrajno leže, pothranjeni, te bolesnici sa značajnim komorbiditetom (74).

Zdravstvena njega bolesnika, koji pripadaju rizičnoj skupini za razvoj dekubitusa ili su ga već zadobili, očituje se preventivnim mjerama koje se provode ili zbrinjavanjem već nastalih dekubitusa.

Pojava dekubitusa znatno produžuje hospitalizaciju i povećava troškove liječenja. Cijena liječenja dekubitusa ovisi o tome koliko smo uložili u sprječavanje njegova nastanka. U jednom irskom istraživanju, trošak liječenja tijekom pet mjeseci do ozdravljenja bolesnika s nekoliko dekubitusa četvrtog stupnja, iznosio je 119.000 € (75).

Kvalitetna sestrinska njega i smanjenje rizika za dekubitus može spriječiti nastanak dekubitusa. Prema podacima iz literature incidencija dekubitusa u bolnici je između 0,4% - 38% na 1000 bolničkih otpusta (76). Dekubitus također utječe na osoblje uključeno u njegu bolesnika i srodne zdravstvene profesionalce, povećavajući radno

opterećenje, mijenjanje planove skrbi za bolesnika i produžuje duljinu boravka bolesnika u zdravstvenoj ustanovi (77).

Prve kliničke smjernice za prevenciju i liječenje dekubitusa s ciljem poboljšanja skrbi za bolesnike s dekubitusom u svim zemljama Europske unije i svijeta su 2009.godine objavili Europsko savjetodavno vijeće za dekubitus (engl. *European Pressure Ulcer Advisory Panel* - EPUAP) i američki Nacionalni savjetodavni odbor za ulkus (engl. *National Pressure Ulcer Advisory Panel* - NPUAP) (78).

Dekubitus može nastati kod pacijenata s ograničenom pokretljivošću, kod onih pacijenata koji koriste ortopedska pomagala ili neki tip imobilizacije, te kod potpuno nepokretnih ljudi, a nastanak dekubitusa se može uspješno prevenirati ako se na vrijeme uoče, smanje ili uklone rizici nastanka.

Kroz proces zdravstvene njege, uz određene propisane postupke u prevenciji nastanka, koriste se skale za procjenu rizika nastanka dekubitusa (Knollova, Northonova i Bradenova skala).

Skale se sastoje od parametara koji imaju bitnu ulogu u nastanku dekubitusa:

- senzorna percepcija kao sposobnost osobe da izvijesti o osjećaju nelagode prilikom pritiska na tvrdu podlogu,
- opće i mentalno stanje,
- prisutnost inkontinencije,
- stupanj vlage kojoj je koža izložena,
- stupanj fizičke aktivnosti i pokretljivosti,
- prehrana i uzimanje tekućine,
- trenje i razvlačenje
- predisponirajuće bolesti.

Procjena dekubitusa određuje plan liječenja i pravilnu skrb.

Knoll skala ima raspon bodova od 0 do 33, s tim da veći rizik za nastanak dekubitusa ima veći broj bodova. Ako bolesnik ima zbroj bodova 12 ili manje najvjerojatnije da neće dobiti dekubitus. Procjenjuje se opće stanje, mentalno stanje, aktivnost,

pokretljivost, inkontinencija, peroralna prehrana, peroralna tekućina, predisponirajuće bolesti (šećerna bolest, anemija) (79).

Norton skala ima mogući raspon bodova od 5 do 20, a manji broj bodova ukazuje veći rizik za nastanak dekubitusa:

- 18 do 20 bodova – minimalni rizik,
- 15 do 17 bodova – osrednji rizik
- 5 do 14 bodova – veliki rizik.

Procjenjuje se tjelesno stanje, mentalno stanje, kretanje/aktivnost, pokretljivost, te inkontinencija (79).

Prema Braden skali za procjenu sklonosti nastanka dekubitusa procjenjuje se stanje šest čimbenika rizika:

- senzorna percepcija
- vlažnost
- aktivnost
- pokretljivost
- prehrana
- trenje i razvlačenje

Raspon bodova se kreće od 6 do 23 boda i ukazuju na stupanj rizika nastanka dekubitusa.

Manji broj bodova ukazuje na veći stupanj rizika za nastanak dekubitusa:

- 19 do 23 bodova - nema rizika
- 15 do 18 bodova - prisutan rizik
- 13 do 14 bodova - umjeren rizik
- 10 do 12 bodova - visok rizik,
- manje od 9 bodova - vrlo visok rizik (79).

Razvoj dekubitusa se može prevenirati, a već nastali se mogu adekvatno tretirati planiranim sistematiziranim postupcima i standardiziranim algoritmima liječenja i prevencije povećavanja stupnja postojećeg dekubitusa.

Procijene rizika za nastanak dekubitusa potrebno je evidentirati u sestrinskoj dokumentaciji, a intervencije u planu zdravstvene njege prilagođavati individualno svakom bolesniku, te analizirati provedeno sa ciljem identifikacije najbolje prakse.

Na temelju prikupljenih podataka iz sestrinske anamneze planirana zdravstvena njega se očituje provođenjem preventivnih mjera, edukacijom bolesnika, motiviranjem, praćenjem, ranim prepoznavanjem rizika i uzroka, njihovim smanjenjem ili uklanjanjem, te provođenjem potrebnih propisanih postupaka liječenja koji su određeni ovisno o zdravstvenom stanju bolesnika i rane.

Bez obzira na svu novu opremu i znanje, rane od dekubitusa ne pokazuju silazni trend, te mogu biti aspekt povećanja stope smrtnosti pacijenata. Visoka incidencija dekubitusa u zdravstvenim ustanovama može podrazumijevati oslabljenu kvalitetu skrbi (75).

Medicinske sestre imaju važnu ulogu u prepoznavanju rizika za dekubitus, sprečavanju nastanka, te ranoj detekciji i poduzimanju mjera za zbrinjavanje nastalog dekubitusa. Nažalost, istraživanja su pokazala da se mnoge medicinske sestre ne pridržavaju smjernica temeljenih na dokazima, što dovodi do nedovoljne prevencije dekubitusa u praksi (80).

Upravo radi navedenoga, važna je kontinuirana edukacija, koja će rezultirati znanjem i iskustvom, kako bi se paralelno sa liječenjem postigla, održala i povećala kvaliteta zdravstvene njege, sa ciljem povećanja bolesnikove sigurnosti. U sklopu kontinuirane edukacije medicinskih sestara razvija se svijest o kompleksnosti systemske bolesti, prepoznaju se definicije i faze nastanka i cijeljenja rane, te široke terapijske i dijagnostičke mogućnosti.

Ustanove koje pružaju usluge zdravstvene njege trebaju imati usvojene smjernice za zbrinjavanje bolesnika po standardiziranim protokolima za prevenciju i liječenje dekubitusa. Potrebno je osigurati dovoljno odgovarajuće opreme i pomagala, te dovoljan broj osoblja za provođenje zdravstvene njege i prevenciju dekubitusa.

## **Pad bolesnika**

Bolesnici stariji od 65 godina najčešće imaju oslabljeni vid i teže su pokretni, što im uz ostale poteškoće koje imaju zbog svog kliničkog stanja, te infrastrukture i okoliša, povećava rizik za pad.

Svjetska zdravstvena organizacija definira pad kao posljedicu slučajnog odmaranja na podu s nemogućnošću ustajanja, a događa se pod okolnostima na koje utječu mnogi faktori koji djeluju na stabilnost. Više od 70% padova se dogodilo u sobama, prilikom premještaja u krevet, stolicu ili invalidska kolica, te 19% prilikom kretanja bolesnika od kreveta do kupaonice i obrnuto (81).

Praćenje kretanja stope padova, kao jednog od pokazatelja sigurnosti bolesnika, te planirano i sustavno uvođenje promjena u proces rada osigurava sigurnu i učinkovitu zdravstvenu uslugu i značajno smanjuje mogućnost nastanka neželjenog događaja.

Podaci iz literature ukazuju da je na 1000 bolesničkih dana u zdravstvenim ustanovama uočena stopa pada od 1,7 do 25 padova, a najveći rizik je prisutan kod gero - psihijatrijskih bolesnika. Također je navedeno da se jedna trećina padova može spriječiti, ali se program mjera za sprječavanje padova sustavno ne provodi (76). Posebnu pažnju treba usmjeriti prevenciji pada, jer pad može još više otežati liječenje, obzirom da može doći do fraktura, laceracija, krvarenja, smanjene pokretljivosti i invalidnosti, čime se bolesnicima produžuje trajanje hospitalizacije i povećavaju troškovi liječenja.

Pri planiranju preventivnih mjera važan je holistički pristup rješavanju problema, postavljanje ciljeva i temeljita subjektivna i objektivna procjena bolesnika. Potrebno je uzeti u obzir osobitosti svakog bolesnika, kao što su dob, pokretljivost pomoću pomagala (štap, štake i hodalice), funkcionalne sposobnosti (oštećen vid i sluh) te kronične bolesti i stanja (hipoglikemija, hipotenzija, vrtoglavice).

Također je važan utjecaj okoline koji uključuje slabo osvjetljenje u bolesničkim sobama, skučen prostor i udaljenost kupaonica, smještaj u krevetima bez kočnica (visok krevet) i bez zaštitnih ograda, te udaljenost noćnog ormarića.

Postoji rizik od spoticanja na kućne ogrtače i pidžame, na skliske površine, osobito na mokr pod u kupaonici, stepenice, te sve nestabilne i neravne površine u bolnici. Analiza 12 najvećih istraživanja je pokazala da je pad u 30 do 50% slučajeva

posljedica okolinskih faktora, ali se većina padova ipak pripisuje interakciji između okolinskih opasnosti i povećane osjetljivosti pojedinca kao posljedice starosti i bolesti (82).

Prilikom prijema na odjel medicinska sestra za svakog pojedinog bolesnika ispunjava sestrinsku dokumentaciju, te uz ostale podatke upisuje i procijenjeni rizik za pad.

Za procjenu rizika za pad koristi se Morseova skala, pri čemu je mogući raspon bodova od 0 do 125:

- 0 bodova = nema rizika,
- 1 do 24 boda = nizak rizik,
- 25 do 44 boda = umjeren rizik,
- 45 i više bodova = visok rizik za pad.

Boduju se prethodni padovi, druge medicinske dijagnoze, pomagala pri kretanju, infuzija, stav/premještanje i mentalni status (79).

Ako bolesnik bez obzira na učinjenu procjenu i poduzete preventivne mjere padne, tada se odmah poduzimaju dodatne mjere kako bi se spriječili daljnji padovi (upozorava se bolesnika da ne ustaje sam bez pomoći medicinske sestre, postavlja se ogradica na krevet, itd.), te se obavještava službujući liječnik kako bi se evidentirale i sanirale eventualne povrede prilikom pada.

### **Bolničke infekcije**

Bolničke infekcije postaju sve važniji problem, jer im broj i učestalost rastu, povećavaju morbiditet i komplikacije bolesti, a smatra ih se i jednim od vodećih uzroka mortaliteta. Značajan su uzrok povećanja troškova bolničkog liječenja, a samim time i dodatnog opterećenja sustava zdravstvene zaštite (83).

Procijenjeno je da svakodnevno preko 1,4 milijuna ljudi diljem svijeta trpi posljedice infekcija koje su stekli u bolnici (84).

Mjere za sprječavanje i suzbijanje širenja bolničkih infekcija u Republici Hrvatskoj su propisane Pravilnikom o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija (85).

Povećani rizik obolijevanja od bolničkih infekcija imaju kirurški bolesnici, imunodeficientni bolesnici, nedonošćad, novorođenčad i dojenčad, bolesnici s opeklinama, bolesnici u jedinicama intenzivnog liječenja i njege, bolesnici na hemodijalizi te infektološki bolesnici (85).

Bolnička infekcija (infekcija povezana sa zdravstvenom skrbi) je svaka infekcija bolesnika koja se javlja neovisno 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 postupka i otpusta iz bolnice/pružatelja usluga socijalne skrbi u određenom vremenskom periodu. Vremenski period nakon postupaka dijagnostike, liječenja i skrbi ovisi o inkubaciji određene infekcije, a točno je definiran samo za postoperativne infekcije, koje se kao bolničke smatraju ako su nastale u vremenu od mjesec dana po operativnom zahvatu, te u vremenu od jedne godine ako se radilo o operativnom zahvatu s ugradnjom implantata (85).

Bolničku infekciju kao neželjeni događaj prema uzroku nastanka svrstavamo u četiri kategorije:

- pogreška zdravstvenog radnika - pogreška u ponašanju radnika u bolničkoj sredini prvenstveno radi neispravne higijene ruku (pranje i dezinfekcija), te radi toga prenošenje bolničkih patogena s bolesnika na bolesnika
- pogreška u sustavu - nesigurno okruženje bolesnika ( loši higijenski uvjeti, nesigurna dispozicija otpada, neadekvatnost ventilacijskog sustava, neprovođenje mjera izolacije bolesnika, loše vođena medicinska dokumentacija )
- financijski resursi - ograničenost bolničkih novčanih resursa obično je razlogom štednje na potrošnome materijalu, rukavicama, pregačama, dezinficijensima, instrumenti se ponovno restiliziraju, nedostatan broj zdravstvenih radnika, neadekvatna edukacija

- bolnička infekcija kao neizbježan događaj (javlja se u oko 40% slučajeva unatoč svim poduzetim preventivnim mjerama) (86).

Kvalitetno i stručno organiziran sustav kontrole infekcija predstavlja najvažnije sredstvo u ograničavanju njihova učinka. Radi navedenoga, izuzetno su važni ispravni postupci medicinskih sestara u provođenju zdravstvene njege, koji su usmjereni prevenciji i pomoći pri liječenju već postojeće infekcije.

Na poslovima sprečavanja, suzbijanja i kontrole bolničkih infekcija u stacionarnim zdravstvenim ustanovama i kod pružatelja usluga socijalne skrbi radi Tim za kontrolu bolničkih infekcija. Medicinska sestra za kontrolu bolničkih infekcija osigurava nadzor, edukaciju za osoblje, vezano uz prevenciju infekcija bolesnika. Prikuplja podatke o bolničkim infekcijama, te izrađuje protokole postupanja i daje preporuke za preventivne radnje.

Prevencija, zaustavljanje širenja, pa i znatno smanjenje broja ovih infekcija zahtijeva specifičnu stručnost, ne samo mikrobiologa, infektologa i epidemiologa, već je ključna predanost timova ili povjerenstava za nadzor i kontrolu bolničkih infekcija (87).

Prema Pravilniku o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija (85) medicinska sestra zadužena za kontrolu bolničkih infekcija mora imati dodatnu edukaciju i praktičnu poduku koja mu omogućuje da djeluje kao savjetnik i praktičar.

Način pristupa problemima bolničkih infekcija, te definiranje pojma nadzora kao kontinuirano prikupljanje i analiza podataka potrebnih za planiranje, provođenje i evaluaciju principa kontrole infekcija i povrat informacija onima koji ih trebaju znati je osmišljen 1963. godine pri Centru za kontrolu i prevenciju bolesti (engl. *Centers for disease control and prevention* - CDC) u SAD - u.

Četvrti kongres o bolničkim infekcijama je održan u Atlanti (ožujak 2000. godine), a ciljevi bili: osigurati najnoviju znanstvenu informaciju u tom području i oblikovati viziju i strategiju za znanstveno-istraživački rad i preventivne aktivnosti u nadolazećem desetljeću. Od tada se u prevenciji bolničkih infekcija, počinje naglašavati nužnost promjene neadekvatnih postupaka zdravstvene njege (83).

Čimbenici koji povezuju pojave kontaminacije, kolonizacije i infekcije patogenim mikroorganizmima mogu se podijeliti u tri osnovne grupe:

- jatrogeni i oni vezani uz zdravstvenu njegu, npr. prisutnost mikroorganizama na rukama medicinskog osoblja, invazivni postupci, uporaba antibiotske profilakse itd.
- organizacijski, npr. omjer medicinskih sestara prema broju bolesnika, fizički raspored radnih prostorija i bolesničkih kreveta, moguća kontaminiranost klimatizacijskih uređaja, medicinske opreme, pribora, radnih površina, infuzija, hrane itd.
- vezani uz bolesnika, npr. sama težina bolesti, imunokompromitiranost, dužina boravka u bolnici itd. (88).

Najčešće infekcije koje čine više od 40% svih bolničkih infekcija su infekcije mokraćnog sustava, a glavni rizični čimbenik njihovog nastanka je dugotrajna kateterizacija mokraćnog mjehura. Većina mikroorganizama koji uzrokuju ove infekcije, koloniziraju perianalno područje bolesnika ili se nalaze na rukama osoblja za vrijeme postavljanja katetera. Rizik za nastanak bakteriurije se povećava za 5% po danu prisutnosti katetera (89).

Infekcije kirurških rana čine do 29% bolničkih infekcija i moguće su nakon svakog kirurškog zahvata. Ovdje svrstavamo nastanak infekcije na mjestu operacijskog polja, do 30 dana nakon operacije ili do 1 godine nakon operacije ako je postavljen implantat. Bolničke pneumonije su na trećem mjestu po učestalosti, te su najčešće infekcije u jedinicama intenzivnog liječenja i čine do 19% svih bolničkih infekcija, a stopa smrtnosti je i do 55% (83).

Mjere za sprečavanje i suzbijanje širenja bolničkih infekcija obuhvaćaju:

- pregled i sanitarnu obradu bolesnika pri prijemu na bolničko liječenje
- provedbu sanitarno-higijenskih postupaka pri radu
- čišćenje; pranje te provjetravanje
- higijena ruku, kože i sluznica
- dezinfekcija instrumenata, medicinskog pribora i okoline

- sterilizacija opreme i pribora
- aseptični, antiseptički i higijenski postupci
- prikupljanje, razvrstavanje, pranje, sterilizacija i transport rublja
- osiguranje zdravstvene ispravnosti namirnica
- osiguranje zdravstvene ispravnosti i kakvoće vode za potrebe hemodijalize
- osiguranje kakvoće zraka
- dezinsekcija i deratizacija sukladno posebnim propisima
- zbrinjavanje infektivnog otpada
- rano otkrivanje, izolacija i liječenje osoba oboljelih od infekcija
- praćenje infekcija
- praćenje rezistencije pojedinih vrsta mikroorganizama
- praćenje potrošnje antibiotika
- formiranje liste rezervnih antibiotika
- provođenje preventivnih i specifičnih mjera te mikrobiološka kontrola
- osiguranje higijensko-tehničke ispravnosti objekta, opreme i instalacija
- trajna edukacija cjelokupnog osoblja
- zbrinjavanje zdravstvenih i nezdravstvenih radnika koji su profesionalno izloženi potencijalno infektivnom materijalu (85).

Praćenje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi se odvija prema planu kojeg donosi Bolničko povjerenstvo i Povjerenstvo pružatelja socijalne skrbi, a obuhvaća podatke o strukturi i procesu prevencije i kontrole infekcija, kao i podatke o infekcijama kao ishodu zdravstvene skrbi (učestalost i vrste infekcija, vrste pojedinih uzročnika, učestalost alertnih mikroorganizama, rezistencija na antibiotike). Praćenje se obavlja kontinuiranim prikupljanjem podataka iz medicinske dokumentacije bolesnik (85).

Podaci se pohranjuju i periodički analiziraju. Bolničko povjerenstvo i Povjerenstvo pružatelja usluga socijalne skrbi analizira rezultate najmanje jednom godišnje i daje povratnu informaciju tijelu upravljanja i zaposlenicima, kao i Povjerenstvu Ministarstva, u obliku godišnjeg izvješća (85).

Svi zdravstveni i nezdravstveni radnici koji mogu doći u kontakt s bolesnicima ili medicinskom opremom moraju proći edukaciju o načelima i praksi prevencije infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Edukacija se provodi za novozaposleno osoblje, a zatim periodično, prema godišnjem planu i procjeni rizika povjerenstva ustanove. Broj medicinskih sestara/tehničara za kontrolu bolničkih infekcija ovisi o broju kreveta i vrsti bolesnika u zdravstvenoj ustanovi, a preporuča se jedna medicinska sestra/tehničar na 250 kreveta, koja radi puno radno vrijeme (85).

Medicinska sestra za kontrolu infekcija sudjeluje u izradi plana i programa kontrole bolničkih infekcija te protokola, preporuka i radnih uputa, aktivan je član Povjerenstva za kontrolu bolničkih infekcija, svakodnevno surađuje s medicinskim sestrama, surađuje s epidemiološkom službom nadležnog Zavoda za javno zdravstvo, sanitarnom inspekcijom, referentnim centrom za bolničke infekcije i drugim stručnim službama. Mora imati stručno znanje o općoj i specijaliziranoj sestrinskoj praksi te razumjeti funkcioniranje kliničkih područja u bolnici, operacijskih područja i pomoćnih službi.

Bolničke infekcije se pojedinačno prijavljuju na Obrascu za prijavu bolničke infekcije, bez obzira da li se bolnička infekcija javila kao sporadični slučaj, endemijski ili epidemijski. Obrazac prijave mora sadržavati sve važne podatke: datum prijave, ime ustanove ili odjela, osobne podatke bolesnika, datum prijema u bolnicu, razlog prijema, podatke o mikrobiološkoj dijagnostici, podatke o čimbenicima rizičnim za nastanak bolničke infekcije, dijagnozu bolničke infekcije, datum nastanka infekcije i podatke o ishodu liječenja (pojavu ili sumnju na pojavu bolničke infekcije obavezan je prijaviti nadležni liječnik).

Provedenim istraživanjem odnosa osjetljivosti pojedine selektivne metode i vremena potrebnog da se njome registriraju bolničke infekcije, zaključeno je da je najprimjenjivija metoda ona u kojoj članovi Tima za kontrolu bolničkih infekcija dva puta tjedno obilaze odjele, te se registriraju svi bolesnici s infekcijom toga dana, a

istodobno se svakodnevno komunicira s odjelom u vezi s pozitivnim mikrobiološkim nalazima (90).

### **Unapređenje higijene ruku pri sprečavanju nastanka i širenja bolničkih infekcija**

Najvažniji način prijenosa patogenih mikroorganizama u zdravstvenim ustanovama je prijenos rukama. Pravilna higijena ruku je značajan i važan postupak u sprječavanju nastanka i širenja bolničkih infekcija i osnovna je sastavnica svakog programa njihove kontrole.

Još od 19. stoljeća, zahvaljujući dr. Semmelweissu, je uočena važnost higijene ruku u kontroli bolničkih infekcija, na temelju njegova opažanja značajne razlike u post - porođajnom mortalitetu roditelja koje su porađali liječnici i studenti, a iznosio je od 13 do 18%, nasuprot mortalitetu onih roditelja koje su porađale babice, koji je iznosio svega 2%. Florence Nightingale je nekoliko godina kasnije analizom podataka o mortalitetu identificirala nizak stupanj higijene u bolnici kao vodeći uzrok mortaliteta, za što je istaknula da nastaju radi prenatrpanosti odjela, slabe ventilacije, nedostatne čistoće, smrti od preventabilnih bolesti, rana i drugih uzroka, što je izazvalo veliki udar na tadašnje strategije bolnica (91).

Prema Smjernicama za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama iz 2011. godine, bolničko područje se definira kao područje bolničke ustanove izvan područja (zone) pojedinačnog bolesnika, odnosno obuhvaća područja (zone) drugih bolesnika i sva ostala područja u bolničkoj ustanovi.

Područje (zona) bolesnika prema istim Smjernicama je definirano kao područje u kojem se može naći kontaminacija bolesnikovim mikroorganizmima, a obuhvaća samog bolesnika, njegov krevet, noćni ormarić, te sva pomagala u krugu koji bolesnik može dotaknuti svojim rukama. Patogeni preživljavaju na rukama, te se sukladno tome prenose rukama bolesnika, te zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika. Do prijenosa i kontaminacije dolazi zbog neadekvatne higijene ruku prilikom kontakta s drugim bolesnicima ili predmetima koji će doći u izravan kontakt s bolesnikom (92).

Ovisno o razini antiseptičkog učinka kojeg želimo postići, pranje ruku možemo podijeliti na higijensko pranje ruku, higijensko antiseptično pranje ruku, kirurško

pranje ruku, te higijenska dezinfekcija ruku. Antiseptici su kemijska dezinfekcijska sredstva koja se bez štetnih posljedica mogu primijeniti na živom tkivu iz razloga što se ono ne može sterilizirati (85).

Svjetska zdravstvena organizacija je objavila postupke koji se temelje na znanstvenim dokazima o higijeni ruku u zdravstvenoj skrbi kako bi podržala zdravstvene ustanove u unapređenju higijene ruku i time smanjila infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi.

Prema preporuci SZO postoji 5 ključnih trenutaka u kojima treba obratiti pozornost na indikacije za higijenu ruku a to su:

- prije kontakta s bolesnikom
- prije aseptičkih postupaka
- nakon rizika izlaganju tjelesnim tekućinama
- nakon kontakta s bolesnikom

nakon kontakta s okolinom bolesnika.

Brojne studije pokazale su kako se suradljivost u pravilno provedenoj higijeni ruku kreće između 30 do 40% u jedinicama intenzivne njege, te gotovo nikada iznad 60% na ostalim odjelima. Pokazana je niža suradljivost među liječnicima, nego medicinskim sestrama, te prije kontakta s bolesnikom u odnosu na trenutak poslije kontakta s bolesnikom. Predloženo je više metoda za praćenje provedbe ove mjere prevencije, među kojima je direktni nadzor temeljen na „Mojih pet trenutaka“ postao zlatni standard preporučen od strane Svjetske zdravstvene organizacije (93).

Djelatnici zdravstvenih ustanova navode da su najčešći razlozi za nisku razinu provođenja pranja ruku kao učinkovite mjere prevencije bolničkih infekcija nedostatak vremena, preopterećenost radom, manjak znanja, skepticizam oko higijene ruku kao metode prevencije, nezgodne lokacije umivaonika i dispenzora sapuna na odjelu te manjak poticaja. Bez obzira na široko rasprostranjeno mišljenje i slaganje sa činjenicom da je higijena ruku najvažnija intervencija u prevenciji infekcija, i poslije više od 165 godina nakon Semmelweissove publikacije, bolnice se i dalje bore sa

suboptimalnim razinama provođenja ove mjere kao najosnovnije i najjednostavnije preventivne metode u sprječavanju bolničkih infekcija (94).

Uvođenje sustava upravljanja kvalitetom i rizikom od nastanka bolničkih infekcija kao nepovoljnog događaja pridonosi sigurnosti bolesnika i njegovu zadovoljstvu tijekom liječenja i podiže kvalitetu zdravstvene usluge. Provođenje postupaka zdravstvene njege koji doprinose smanjenoj učestalosti bolničkih infekcija, obvezatan je dio rada medicinskih sestara.

### **Zadovoljstvo bolesnika**

Predodžba pacijenta o stupnju u kojem su zadovoljeni njegovi zahtjevi se definira kao zadovoljstvo bolesnika. Pravilnikom o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene je definirano da svaka zdravstvena ustanova, trgovačko društvo i privatni zdravstveni radnik moraju procijeniti koliko se dobro poštuju prava pacijenata tako da redovito jednom godišnje provode ankete o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata, te provedu njihovu analizu (12).

Mišljenje pacijenata o našem radu je važan element pri određivanju kvalitete tog rada, te mjerenje bolesnikova zadovoljstva postaje dio društvene participacije u ukupnom zdravstvenom sustavu.

Zadovoljstvo bolesnika je definirano Pravilnikom o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene kao predodžba bolesnika o stupnju u kojem su zadovoljeni njegovi zahtjevi (12).

Mnoge države Europe, SAD-a i Australije, provode praćenje zadovoljstva zdravstvenom zaštitom i raznim razinama zdravstvene zaštite kao uobičajenu praksu. Istraživanja se provode uglavnom zbog ciljeva vezanih uz poboljšanje zdravstvene zaštite:

- povećanja individualnosti i humanosti medicinskog tretmana,
- prava bolesnika na informiranje,
- povećanja kvalitete usluga i pružene skrbi
- dobivanje komparativnih podataka koji omogućuju međusobne usporedbe

- smanjivanje neravnopravnosti u korištenju zdravstvenih usluga ( World Health Organization 1993.).

Pružena skrb, bez obzira na svoju uspješnost, nije postigla svoj cilj, ako bolesnik njome nije zadovoljan (11).

Zadovoljstvo pacijenta je osnovno njegovo pravo, jer se korisniku mora osigurati kvalitetna njega koja poštuje osobne vrijednosti, vjerovanja, kulturne podloge i dostojanstvo kao osobi. Mjerenje bolesnikova zadovoljstva postaje dio društvene participacije u ukupnom zdravstvenom sustavu (95).

Iskustvo bolesnika odražava njihova očekivanja i vrednovanja pružene usluge, a može se odnositi čistoću i temperaturu prostorija, hranu, udobnost, privatnost, administraciju, cijenu, ili na odnos sa zdravstvenim i nezdravstvenim osobljem, kontinuitetom pružanja usluge, raspoloživom opremom, itd. Zadovoljstvo pruženom zdravstvenom uslugom je jedan od pokazatelja njezine kvalitete.

Uspostavljanje upitnika o iskustvu bolesnika u pružanju zdravstvene skrbi (engl. *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* - HCAHPS) predstavlja radikalnu promjenu u poimanju bolesnikove sigurnosti. U ostvarenju modela bolesnik u središtu važno mjesto zauzima medicinsko osoblje koje sudjeluje u pružanju zdravstvene skrbi, te uspostavljanje alata (upitnika) za procjenu i mjerenje kvalitete zdravstvene zaštite od strane pružatelja usluge. Iskustva i (ne)zadovoljstva korisnika i pružatelja zdravstvene skrbi će pridonijeti razvoju nacionalne strategije bolesnikove sigurnosti (33).

Zadovoljstvo je tipična kombinacija bolesnikovih očekivanja prije pregleda, bolesnikova iskustva tijekom pregleda i zadovoljstva smanjenjem ili rješavanjem simptoma zbog kojih je potražio zdravstvenu pomoć (96).

To je mjera bolesnikove percepcije o kvaliteti zdravstvene zaštite i ovisi o bolesnikovim očekivanjima, vrijednosti i iskustvu (97).

Stupanj zadovoljstva pacijenata zdravstvenom zaštitom je jedan od pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite u okvirima programa Zdravlje za sve“ Svjetske zdravstvene organizacije (engl. *World Health Organization "Health for All"* - WHO HFA) (98).

Uvažavanje iskustva pacijenata osigurava sustavno praćenje kvalitete zdravstvene zaštite, a to može rezultirati poboljšanjem kvalitete pruženih usluga, a zadovoljstvo bolesnika utječe i na zdravstveno stanje i terapijske ishode.

Na kvalitetu zdravstvene skrbi i percepciju, odnosno zadovoljstvo ili iskustvo bolesnika utječe kvaliteta rada pojedinog zdravstvenog radnika ili zdravstvene ustanove, ali i kvaliteta organizacije zdravstvenog sustava u cjelini, pa je zadovoljstvo bolesnika našim radom rezultat svih tih čimbenika. Osim općih karakteristika samog bolesnika (obrazovanje, intelektualne sposobnosti, materijalni i psihofizički status itd.), na razinu tog osobnog i kolektivnog zadovoljstva našim radom određuje i razina njegovih interakcija u zajednici.

### **Preuzimanje bolesnika, primopredaja**

Kontinuitet zdravstvene zaštite je sa stajališta bolesnika jedna od osnovnih dimenzija kvalitete. Primopredaja je jedan od velikih rizika za bolesnika u kontinuitetu zdravstvene zaštite radi opasnosti od diskontinuiranosti zdravstvene zaštite i nepovoljnih događanja i zahtjeva za odštetom. Primopredaja je „privremeni ili trajni prijenos profesionalne odgovornosti i odgovornosti za neke ili sve aspekte skrbi za bolesnika ili skupinu bolesnika na drugu osobu ili profesionalnu grupu.

Usporedbom primopredaje kroz tri načina: samo verbalna primopredaja, verbalna uz bilježenje i tiskani obrazac koji sadrži sve podatke o bolesniku, dobiveni rezultati pokazuju da je verbalna primopredaja vrlo loša metoda i bez dokumentiranja je visoko rizična. Tiskani obrazac u 99% podržava informacije liječenja, ali je nužno ispravno ažuriranje podataka”(99).

Neučinkovita primopredaja može dovesti do pogrešnih tretmana, nuspojava, pritužbi bolesnika, povećanog troškova zdravstva i povećane duljine boravka u bolnici. Dobra praksa primopredaje nalazi se u središtu učinkovitog zdravstvenog sustava, te uz dobro vođenu medicinsku dokumentaciju osigurava sigurnost bolesnika.

Očekuje se da djelatnici koje skrbe za bolesnike dijele informacije kako bi se smanjilo ponavljanje postupaka i održala sigurnost, dok bolesnici očekuju povjerljivost koja se mora poštivati u obavljanju prenošenja informacija. Kako bi se osigurala učinkovitost

kontinuiteta informacija, primopredajom se mora postići ravnoteža između sveobuhvatnosti i učinkovitosti (100).

Učinkovita komunikacija na temelju kvalitetnih informacija, svaki puta kada dolazi do prijenosa odgovornosti za zdravstvenu njegu bolesnika je cilj svake primopredaje. Nekvalitetnom komunikacijom prilikom primopredaje između odjela mogu se izostaviti neke bitne informacije ili se te informacije mogu krivo protumačiti (101). Točna i nedvosmislena komunikacija licem u lice je jedan od načina na koji se može osigurati učinkovita primopredaja pacijenata.

Medicinske sestre preuzimanje bolesnika provode usmenom ili pismenom primopredajom službe, premještajnom listom i otpusnim pismom zdravstvene njege.

Moderniziranje i standardiziranje izvještavanja o predaji smjena može unaprijediti kritičko razmišljanje, te minimizirati vrijeme odvojenosti od bolesnika. Uvođenje tehnika poput SBAR-a (engl. *Situation, Background, Assessment, Recommendation*) može omogućiti standardizirani način komunikacije prilikom primopredaje bolesnika.

Učinkovita tehnika koja se može koristiti u primopredaji je i metoda „read-back“, pri čemu primatelj informacija zapisuje informaciju i čita ju ponovno davatelju informacije kako bi dobio potvrdu o točnosti podataka.

Za bolesnika je izuzetno važno unapređenje primopredaje, jer kontinuitet zdravstvene skrbi može biti ozbiljno ugrožen neispravnim postupkom primopredaje bolesnika. Razvijaju se brojni alati za unapređenje primopredaje ( standardne operativne procedure za intra - hospitalne primopredaje, procedure za primopredaju između bolnica i domova, HELiCS metoda, ...) kojima je cilj unapređenje komunikacije pri primopredaji (102).

## **Zaključak**

Dostupnost zdravstvene usluge je jedno od osnovnih ljudskih prava, te bolesnici imaju pravo očekivati visok stupanj sigurnosti prilikom korištenja zdravstvenih usluga.

Uvođenje upravljanja kvalitetom postaje imperativ svih zdravstvenih ustanova, jer se time osigurava sigurno liječenje i povećava zadovoljstvo bolesnika. Bolesnicima se pruža mogućnost izbora zdravstvene ustanove koja osigurava kvalitetnu i sigurnu uslugu, ali i vlasnici zdravstvenih ustanova zahtijevaju optimalnu kvalitetu zdravstvene usluge, sukladno uložnim financijskim sredstvima.

Procjena i mjerenje sigurnosti bolesnika je značajan pokazatelj kvalitete rada neke zdravstvene ustanove, te istovremeno služi kao polazište za planiranje i poduzimanje mjera poboljšanja. Praćenje i analiza neželjenih događaja i organizacijske prakse bolesnikove sigurnosti pridonosi spoznaji uzroka, prevenciji i sigurnoj praksi, te pomaže u sprječavanju budućih neželjenih djelovanja bolničke skrbi, kako bi se dugoročno smanjili njihovi štetni utjecaji i ujedno skratila duljina liječenja i smanjili troškovi liječenja.

Najvažnija dimenzija zdravstvene njege i prioritet svakog zdravstvenog sustava je bolesnikova sigurnost i bolesnik u središtu njege, te moramo težiti učiniti sustav što je moguće sigurnijim, kako za bolesnika, tako i za sve one koji zdravstvenu negu pružaju. Procjena rizika je proces koji pomaže razumjeti niz rizika sa kojima se suočavamo, razinu sposobnosti kontrole tih rizika, njihovu vjerojatnost pojave i njihove potencijalne posljedice. Nije dovoljno samo detektirati postojeće rizike, već je potrebno poduzimati preventivne mjere, analizirati moguće uzroke, te poduzimati mjere poboljšanja.

Obzirom da medicinske sestre provode veliki dio radnog vremena neposredno uz bolesnika, značajna je njihova uloga u uspostavljanju sustava kvalitete. Medicinska sestra je oduvijek zagovornica prava pacijenta i upravo ona brine da se pacijentu osigura primjerena skrb.

Izvršavanje zadataka koji se stavljaju pred medicinsku sestru uključuje sustavno rješavanje problema (kroz proces zdravstvene njege) i sestrinsku skrb za identificirane potrebe bolesnika. Prilikom planiranja zdravstvene njege, medicinska

sestra donosi brojne odluke u pogledu sestrinskih dijagnoza, planiranja i implementacije plana njege, te procjenjuje napredak bolesnika prema zdravlju.

Način pružanja zdravstvene njege koja je vođena promišljenom integracijom najboljih dostupnih znanstvenih spoznaja s kliničkim iskustvom omogućuje kritičku procjenu istraživačkih podataka, smjernica i drugih izvora informacija kako bi se ispravno identificirao problem, te primijenile najbolje intervencije.

Uspostava sustava upravljanja kvalitetom je proces koji traži potpunu posvećenost i uključivanje menadžmenta i svih djelatnika zdravstvene ustanove, te povećanje znanja, izobrazbe i stvaranje povoljnog okruženja za razvoj i unaprjeđenje sustava kvalitete predstavlja osnovni preduvjet kvalitetnog funkcioniranja zdravstvenog sustava. Osiguranje kvalitete je garancija za sigurnost i prevenciju rizika u zdravstvenim ustanovama.

Razvijanje sustava kvalitete je neophodno kako bi se pružila najbolja moguća i pouzdana skrb za bolesnike, ali zahtijeva promjene ustaljenih vjerovanja i načina razmišljanja i razumijevanje vodstva zdravstvenih ustanova da kvaliteta mora postati poslovna strategija i temeljni princip rada.

## **Zahvale**

Od srca zahvaljujem mojoj mentorici Vukušić Rukavina, doc. dr. sc. Tei, dr. med, na prihvaćanju mene kao studenta, te moje teme diplomskog rada. Osobito joj zahvaljujem na sugestijama prilikom pisanja ovog diplomskog rada. Veliko hvala.

Zahvaljujem i mojoj obitelji na iskazanom strpljenju i podršci koju su mi pružali tijekom mog studiranja.

## Literatura:

1. Ostojić R, Bilas V, Franc S. Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske. Zagreb: Poslovna izvrsnost Zagreb. 2012; Str. 109-126.
2. Van de Castlea B, Kim J, Pedreira ML, Paiva A, Goossen W, Bates DW. Information technology and patient safety in nursing practice: an international perspective, *Int J Med Inform.* 2004;73: 607-614.
3. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Narodne novine 124/2011
4. Žabica S, Lazibat T, Dužević I. Implementacija sustava upravljanja kvalitetom. Zagreb: Poslovna izvrsnost Zagreb; 2014. Str. 9-24.
5. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu. Priručnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene: Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, 2011.
6. Leigh J A, Douglas CH. A case study of a preceptorship programme in an acute NHS Trust – using the European Foundation for Quality Management tool to support clinical practice development. *J Nurs Manag.* 2005;13: 508–518
7. Čelar D, Valečić V, Željezić D, Kondić Ž. Alati za poboljšavanje kvalitete, *Technical journal.* 2014;8(3): 258-268
8. American Nurses Association. Scope and Standards of Practice, 2<sup>nd</sup> Edition. Nursing 2010 [pristupljeno 22.03.2017.]. Dostupno na <http://www.nursingworld.org/Nursing-Scope-Standards>
9. Kang G, James J. Service quality dimensions: an examination of Gronroos's service quality model. *Managing Service Quality.* 2004;14:266-77
10. Ovretveit J. Health Service Quality. An introduction to Quality Methods for Health. Services. Blackwell Science, Oxford. 1995;2
11. Eldar R. Vrsnoća medicinske skrbi. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb; 2003.

12. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene  
Narodne novine 79/2011
13. Zakon o sestrinstvu, Narodne novine 121/2003
14. Lazibat T, Burčul E, Baković T. Primjena sustava za upravljanje kvalitetom u  
hrvatskom zdravstvu. Zagreb: Poslovna izvrsnost Zagreb;2007. Str. 31-44.
15. Lareau W. Office Kaizen. Milwaukee, American Society for Quality. 2003;32
16. Britvić J. Moderni sustavi upravljanja u organizacijama. Praktični menadžment.  
2011; 2:72-80
17. Tsai Y, Wu SW. Enhancing total quality management and service quality  
through patient safety management. Northeast Decision Sciences Institute  
Annual Meeting Proceedings; 2013.Str. 277-281.
18. Kelly J M. Upravljanje ukupnom kvalitetom, Zagreb, Potecon: 1997. Str. 66-67.
19. Plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje  
kvalitete zdravstvene zaštite. Narodne novine 114/2010
20. Kalauz, S. Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi. Zagreb: Visoka  
zdravstvena škola Zagreb, 2010.
21. Rocha ESB, Trevizan MA. Quality management at a hospital's nursing service.  
Rev Latino-am Enfermagem. 2009;17(2):240-245
22. Prester J, Horvat N. Kako djeluju programi kvalitete na inovativnost  
poduzeća. Ekonomska misao i praksa. 2011;2:363-382
23. Šiško Kuliš M, Grubišić D. Upravljanje kvalitetom, Split: Sveučilište u Splitu,  
Ekonomski fakultet, 2010.
24. Šuman S, Pavletić D. TQM-Put do diferencijacije, Eng.Rew.2008;28(2): 131-  
142.
25. Šiško Kuliš M, Mrduljaš Z. Gurui kvalitete, Technical Gazette. 2009;16(3): 71-  
78
26. PDSA Cycle, [pristupljeno 21.03.2017.]. Dostupno na  
<https://deming.org/management-system/pdsacycle>

27. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Michigan Health Administration Press. 1980.
28. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Millbank Mem Quart. 1966;44:166– 206
29. Donabedian A. The Quality of Care How Can It Be Assessed, JAMA. 1988;260(12):1743-1748
30. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, i sur. What exactly is patient safety? The Journal of Medical Licensure and Discipline. 2009;95(1):1-18
31. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture, Background and Information for Translators, September; 2009. [pristupljeno 22.03.2017.] dostupno na <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/infotranshsops.pdf>
32. Šklebar I, Šklebar D. Procjena kulture bolesnikove sigurnosti Medix. 2010; 86: 55-58
33. Mesarić J, Kaić-Rak A. Bolesnikova sigurnost , bolesnik u središtu i programi Svjetske zdravstvene organizacije. Medix. 2010;86:111-114
34. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: bulding a safer health system (Institute of Medicine report).Washington (DC):National Academy Press. 1999.
35. Spath P. Introduction to Health care Quality Management, Health Administration Press, Chicago, Illinois AUPHA Press, Washington. 2009.
36. American nurses association Creating a culture of safety. 2016. [pristupljeno 21.03.2017.] Dostupno na: <http://www.nursingworld.org/cultureofsafety>
37. American Nurses Association. Nursing: Scope and Standards of Practice, 2<sup>nd</sup> Edition. 2010. [pristupljeno 22.03.2017.] Dostupno na <http://www.nursingworld.org/Nursing-Scope-Standards>

38. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW i sur. The quality in Australian Health Care Study, Med J Aust. 1995;163(9):458-71
39. Technical report „Improving Patient Safety in the EU“ European Commission, RAND Cooperation. 2008. [ pristupljeno 31.03.2017.] Dostupno na [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2008/RAND\\_TR596.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf)
40. National Health Service NHS. Seven steps to patient safety, The full reference guide. 2004. [pristupljeno 20.03.2017.] Dostupno na <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>
41. Shariff NJ. Empowerment model for nurse leaders' participation in health policy development: an east African perspective. 2015. [pristupljeno 24.03.2017.] Dostupno na <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0078-6>
42. Kalauz S. Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma. Zagreb. Pergamena, 2011.
43. Mojsović Z i sur. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Visoka zdravstvena škola, 2005.
44. Philip G, Hazlett S A. The measurement of service quality: a new P-C-P attributes model. Int J Qual Reliab Manag. 1997;14(3): 260-286
45. Henderson S. Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. Nurse Educ Pract .2. 2002; 4: 244–50
46. Čukljek S. Proces zdravstvene njege - nastavni tekstovi, Zagreb. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2006.
47. Warburton RN. Improving patient safety: an economic perspective on the role of nurses, J Nurs Manag 2009;17: 223–229
48. Tetteh H A. Health Care and Perioperative Nursing Professionals, AORN Journal 2012; 95(1): 104-107

49. Sepasi RR, Abbaszadeh A, Borhani F, Rafiei H. Nurses' Perceptions of the Concept of Power in Nursing: A Qualitative Research, J Clin Diagn Res. 2016;10(12): 10-15
50. Eldar R. Academic Medicine and Quality of Medical Care, CMJ. 2004; 45:256-258
51. Capernito-Moyet LJ. Nursing Care Plans & Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative Problems, Lippincott Williams & Wilkins. 2009.
52. Health Policy Toolkit .Participation of nurses in health services decision making and policy development. 2007. [pristupljeno 02.04.2017.] Dostupno na [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D04\\_Participation\\_Decision\\_Making\\_Policy\\_Development.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf)
53. Pahlavanzadeh S, Asgari Z, Alimohammadi N. Effects of stress management program on the quality of nursing care and intensive care unit nurses Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2016; 21: 213-218
54. Bošković Z. Medicina i pravo. Pergamena, Zagreb, 2007.
55. Kadović, M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2013.
56. Popović D. Obrazovanje medicinskih sestara - osamdeset godina tradicije, Medix 2004;10:169-169
57. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
58. Shell CM, Dunlap KD. Florence Nightingale, Dr. Ernest Codman, American College of Surgeons Hospital Standardization Committee, and The Joint Commission: Four Pillars in the Foundation of Patient Safety. 2008;3:19-26
59. McKenna H. Nursing theories and models. London: Routtendage, 1997.
60. Čebihin M, Grgić Lj, Laurović B, Rimac Sladić D. Teorija samotranscendentacije, Reed PG. Koncept dostojanstva, Marley JA. Hrvatska udruga medicinskih sestara. Sestrinski glasnik. 2015;3: 70-71

61. Hrvatska komora medicinskih sestara Direktiva 2005/36/EZ Europskoga parlamenta i vijeća [pristupljeno 04.05.2017.] Dostupno na [http://www.hkms.hr/data/1400850725\\_360\\_mala\\_Direktiva-2005-36-EZ.pdf](http://www.hkms.hr/data/1400850725_360_mala_Direktiva-2005-36-EZ.pdf)
62. Hrvatska udruga medicinskih sestara. Knjiga sažetaka 1. konferencija o sigurnosti pacijenata i kvaliteti rada u sestrinstvu: Sinergija sigurnosti pacijenata i kontrole infekcija u upravljanju rizicima Zagreb. 2015.
63. Hrvatska komora medicinskih sestara. Dostupno na [www.hkms.hr](http://www.hkms.hr)
64. International Council of Nurses. The ICN code of Ethics for Nurses, 2012. [pristupljeno 31.03.2017.] Dostupno na [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)
65. Bodlović A, Sani K. Povezivanje teorije i prakse - temelj obrazovanja budućih pedagoga. Split: Sveučilište u Splitu, 2012.
66. Kalauz S. Bioetika u sestrinstvu. Medicina. 2008; 44 (2):129-134
67. Iowa Communications Network. Strategic Plan 2011 – 2014. [pristupljeno 22.03.2017.] Dostupno na [https://icn.iowa.gov/sites/default/files/documents/strategicplan2011\\_14Rev.pdf](https://icn.iowa.gov/sites/default/files/documents/strategicplan2011_14Rev.pdf)
68. Kalauz S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa odabranim specijalnim poglavljima-nastavni tekstovi, Zagreb: Visoka zdravstvena škola, 2000.
69. Kitson A, Ahmed L, Harvey G, Seers K, Thompson D. From research to practice: One organizational model for pro Kitson A, Ahmed L, Harvey G, Seers K, Thompson D. From research to practice: One organizational model for promoting research-based practice. J Adv Nurs. 1996; 23: 430–440
70. Farrell P, Scherer K. The Delphi technique as a method for selecting criteria to evaluate nursing care. Nurs Pap. 1983; 15: 51–60
71. Ljubičić M. Implementacija sestrinske dokumentacije u informacijski zdravstveni i utjecaj na kvalitetu zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2010.
72. Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, Narodne novine 79/2011

73. Benceković Ž. Analiza indikatora kvalitete zdravstvene njege na Internoj klinici (1. dio) Hrvatski časopis za javno zdravstvo, 2008;4:14
74. Moore Z. Risk factors in the development of pressure ulcers. Acta Med Croatica. 2008; 62(2): 9-15.
75. Gunningberg L, Stotts NA. Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show?, Int J Qual Health Care. 2008;20(4):246-53
76. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Opisne liste pokazatelja sigurnosti pacijenta i neočekivanih neželjenih događaja za 2016. [pristupljeno 24.03.2017.] Dostupno na [https://pokazatelji.aaz.hr/upute/opisneliste2016\\_v2.pdf](https://pokazatelji.aaz.hr/upute/opisneliste2016_v2.pdf)
77. Garretson S. Nurse to patient ratios in American health care. Nurs Stand. 2004;19:14-16, 33-37.
78. Grgurević, D. Dekubitus u zdravstvenoj njezi kardioloških bolesnika. Cardiol Croat. 2014;9:501
79. Šepić S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abcu Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska komora medicinskih sestara, 2011.
80. Vanderwee K, Grypdonck M, DeFloor T. Non-blanching erythema as an indicator for the need of pressure ulcer prevention: a randomized - controlled trial., J Clin Nurse, 2007;16(2): 325-35
81. Abreu C, Mendes A, Monterio J, Santos R, F. Falls in hospital settings: a longitudinal study. Rev Latino am Enfermagem. 2012. [pristupljeno 23.03.2017.] Dostupno na: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a23v20n3.pdf>
82. Rubenstein, LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age and Ageing, 2006;35(2): 37–41
83. Ropac D. Epidemiologija zaraznih bolesti. Medicinska naklada. Zagreb, 2003.
84. Prpić I. Kirurgija za medicinare. III. izd. Školska knjiga. Zagreb, 2005.
85. Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija, Narodne novine 85/2012

86. Mađarić V. Bolničke infekcije kao indikator kvalitete zdravstvene skrbi, *Medicus*. 2011; 20:1: 125 – 127
87. Mehta G. World Health Organization (WHO) Guidelines on Prevention and Control of Hospital Associated Infections. Regional office for South-East Asia, New Delhi. 2002.
88. Gordts B. Models for organisation of hospital infection control and prevention programmes. *Clin Microbiol Infect*. 2005;11: 19-23
89. Devrajani BR, Shah SZ, Devrajani T. Nosocomial Infections in Medical Ward. *WJMS*. 2009;4:13-17
90. Glenister HM, Taylor LJ, Cooke EM. A study of surveillance methods for detecting hospital infection. London. Public Health Laboratory Service. 1992.
91. Pearson A. Historical and changing epidemiology of healthcare-associated infections. *Can J Infect Control*. 2009;73:296-304
92. Kalenić S, Budimir A, Bošnjak Z, Acketa L, Belina D, Benko i sur. Smjernice za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama, *Liječ vjesn*. 2011;133:155-170
93. Marra AR, Edmond MB. New technologies to monitor healthcare worker hand hygiene *CMI*. 2014; 20:1:29-33
94. Boudjema S, Duour JC, Aladro AS, Desquerres I, Brouqui P. MediHandTrace: a tool for measuring and understanding hand hygiene adherence. *CMI*. 2014; 20:1:22-28
95. Vuori H. Patient satisfaction does it matter. *Int J Qual Health Care*.1991;3:183-189
96. Thiedke CC. What do we really know about patient satisfaction. *Fam Pract Manag*. 2007;14:33-6
97. Tomlinson JS, Ko CY. Patient satisfaction: an increasingly important measure of quality. *Ann Surg Oncol*. 2006;13:764-765
98. Grol R, Wensing M, Mainz J et al. Patients in Europe evaluate general practice: an international comparison. *Br J Gen Pract*. 2000;50:882-887

99. Wong MC, Yee KC, Turner P. A Structured Evidence-based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), 2008
100. Australian Medical Association. Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. 2006. [pristupljeno 23.03.2017.]  
Dostupno na  
[https://ama.com.au/sites/default/files/documents/Clinical\\_Handover\\_0.pdf](https://ama.com.au/sites/default/files/documents/Clinical_Handover_0.pdf)
101. Manias E, Jorm C, White S, Kaneen T. Handover: How is patient care transferred safely? Windows into Safety and Quality in Health Care. Sydney Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2008:37-48
102. Paušek D. Kvaliteta zdravstvene zaštite kroz razine zdravstva - rizik primopredaje bolesnika, Medix. 2010; 86:131-133

## Životopis

Marina Kljaić

Rođena sam 29.03.1964.godine u Bjelovaru.

### Radno iskustvo

Zaposlena sam u Općoj bolnici Bjelovar, u Jedinici za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, na radnom mjestu sestre za kvalitetu od 2013.godine.

Kao prvostupnica sestrinstva radim od 2012. do 2013.godine u polikliničkoj ambulanti Jedinice samostalne djelatnosti urologije Opće bolnice Bjelovar.

U Jedinici samostalne djelatnosti urologije sam vršitelj dužnosti glavne sestre od 2011. do 2012.godine.

U polikliničkoj ambulanti Jedinice samostalne djelatnosti urologije na radnom mjestu medicinske sestre (srednje stručne spreme) radim od 2001. do 2011.godine.

Vršitelj dužnosti glavne sestre Jedinice samostalne djelatnosti urologije sam od 1996. do 2001. godine.

Započinjem raditi kao medicinska sestra (srednje stručne spreme) u Jedinici samostalne djelatnosti urologije Opće bolnice Bjelovar, te na tom radnom mjestu radim od 1982. do 1996.godine.

### Obrazovanje i edukacija:

Pohađam Internet Akademiju sestrinstva i e-Zdravlja u trajanju od 1 godine (2012. do 2013.godine) u organizaciji Hrvatske udruge informatike u sestrinstvu.

Završavam Tečaj neposrednog održavanja života - ILS u organizaciji Hrvatskog društva za reanimatologiju Hrvatskog liječničkog zbora prema načelima *European Resuscitation Council* - ERC 2012.godine.

Zdravstveno veleučilište u Zagrebu pohađam od 2007. do 2011. godine nakon čega stječem stručni naziv: prvostupnica (baccalaurea) sestrinstva - bacc. med. techn.

Edukaciju "Osnove računala" prema programu Ministarstva gospodarstva, rada i poduzetništva, pri Poslovnom parku Bjelovar završavam 2008.godine.

Stručni ispit za samostalni rad na poslovima medicinske sestre sam položila 1983.godine.

Medicinsku školu u Bjelovaru završavam 1983.godine.