

Procjena kulture sigurnosti bolesnika od strane zdravstvenih djelatnika u obiteljskoj medicini u Republici Hrvatskoj

Orlić Neretljak, Ivana

Professional thesis / Završni specijalistički

2018

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:105:203033>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-09**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Medicinski fakultet

Ivana Orlić Neretljak

**Procjena kulture sigurnosti bolesnika od strane
zdravstvenih djelatnika u obiteljskoj medicini u Republici
Hrvatskoj**

Završni specijalistički rad

Zagreb, ožujak 2018. godine

Ustanova: Sveučilište u Zagrebu
Medicinski fakultet
Škola narodnog zdravlja “Andrija Štampar”
Katedra za obiteljsku medicinu

Mentor rada: doc. dr. sc. Zlata Ožvačić Adžić, dr. med.

Redni broj rada:

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. sc. Zlati Ožvačić Adžić, dr. med. na strpljenju, velikoj pomoći i podršci pruženoj prilikom izrade ovog rada i kolegama koji su sudjelovali u istraživanju.

Zagreb, ožujak 2018.

SADRŽAJ

POPIS OZNAKA I KRATICA.....	2
UVOD.....	3
CILJ ISTRAŽIVANJA.....	7
METODE I ISPITANICI.....	8
REZULTATI.....	11
RASPRAVA.....	32
ZAKLJUČAK.....	42
SAŽETAK.....	43
SUMMARY.....	44
LITERATURA.....	45
ŽIVOTOPIS.....	49
PRILOG	50

POPIS OZNAKA I KRATICA

PZZ - primarna zdravstvena zaštita

SKZZ - sekundarna zdravstvena zaštita

ZZ - zdravstvena zaštita

MOSOPS - Medical Office Survey on Patient Safety Culture

PDS OM – poslijediplomski studij Obiteljska medicina

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

HLK - Hrvatska liječnička komora

HZZO - Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

HSOPS - Hospital Survey on Patient Safety Culture

LINNEAUS Euro PC- Learning from International Networks about Errors and Understanding Safety in Primary Care

UVOD

Bolesnikova sigurnost (engl. *patient safety*) je noviji pojam u literaturi koji uslijed rastuće pozornosti stručnjaka i javnosti predstavlja prioritet u istraživanjima na području osiguranja kvalitete zdravstvene skrbi, kako u razvijenim zemljama, tako i u zemljama u razvoju. Zadatak je svih zdravstvenih djelatnika razvijati *kulturu sigurnosti bolesnika*, kako bi bolesnikova sigurnost u zdravstvenim sustavima bila na što višoj razini.

Kultura sigurnosti bolesnika predstavlja integrirani oblik individualnog i organizacijskog ponašanja temeljen na uzajamnim vjerovanjima i vrijednostima koji trajno nastoje na najmanju mjeru svesti štetu za bolesnika koja može proizići iz procesa pružanja skrbi (1). To ukratko podrazumijeva aktivnosti koje se poduzimaju kako bi okruženje i svi postupci u pružanju zdravstvene skrbi osigurali željeni ishod bolesnikova liječenja (2). Za ustanove s pozitivnom kulturom sigurnosti karakteristično je da se komunikacija njihovih djelatnika temelji na međusobnom povjerenju i otvorenosti, zajedničkoj percepciji o važnosti bolesnikove sigurnosti i na organiziranom učenju i povjerenju u učinkovitost preventivnih mjera (3). Bez takvog pristupa teško je raditi na poboljšanju sigurnosti bolesnika bilo gdje.

Oduvijek je poznato kako neželjeni i nepredvidljivi događaji mogu potencijalno naštetiti bolesniku, no pojam sigurnosti bolesnika u medicinskoj literaturi pojavljuje se tek 1990-ih godina, nakon nekoliko velikih studija u Americi koje su pokazale godišnji porast komplikacija liječenja, porast broja hospitalizacija pa čak i smrtnih ishoda nastalih kao posljedica medicinskih pogrešaka. Do 2000. godine pozornost u istraživanjima sigurnosti bolesnika bila je usmjerena prvenstveno na sekundarnu zdravstvenu zaštitu. Sigurnost bolesnika međutim predstavlja najveći prioritet i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ), posebno imajući na umu kako se najveći broj konzultacija unutar zdravstvenog sustava ostvari upravo u PZZ (4). U Americi 900 milijuna pacijenata godišnje ostvari konzultacije u ambulantama liječnika različitih struka, za razliku od 35 milijuna hospitalizacija na godišnjoj razini (5). Prema podacima iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa u Hrvatskoj je u 2015. godini zabilježeno 36,5 milijuna posjeta bolesnika u ordinacijama opće/obiteljske medicine, od čega 14,3 milijuna pregleda (6).

Sigurnost bolesnika u PZZ je specifična i znatno se razlikuje u odnosu na sekundarnu zdravstvenu zaštitu (SKZZ) i to na više razina (5): prema vrsti pogrešaka (u PZZ su češće pogreške dijagnoze, u SKZZ češće su pogreške terapije); u odnosu liječnik - bolesnik (u PZZ manje pridržavanje liječnikovih uputa nego u SKZZ); u slabijoj organizaciji i legislativi u

PZZ u odnosu na SKZZ; u PZZ puno je viši prag za signal na uzbunu (u bolnici je gotovo svaka bol u prsima povezana s ishemijom miokarda, dok u ambulanti liječnik može vidjeti i do 100 slučajeva boli u prsima, a da ni jedan slučaj nije povezan s infarktom miokarda); problem u prijenosu informacija (u bolnici je sva skrb na jednom mjestu, dok u PZZ za jednog bolesnika sa multimorbiditetom kroničnih bolesti brine više liječnika). Elder i Doveynude navode razloge zbog kojih je istraživanje pogrešaka u PZZ otežano (7): heterogena organizacija zdravstvene zaštite (ZZ) na više lokacija (savjeti i liječenje vrše se u ordinaciji, u kući, telefonom, e-mailom), skrb se pruža kontinuirano (višebrojne posjete bolesnika) i u suradnji sa drugim zdravstvenim djelatnicima i službama. Zbog svega toga samo se 1,6% pogrešaka u PZZ prepozna isti dan kada su se dogodile, 50% pogrešaka tek za 2 tjedna, a ostale još i kasnije (8). Budući je PZZ zdravstvena zaštita niske tehnologije, prevladava mišljenje kako sigurnost bolesnika u PZZ ne predstavlja velik problem unutar sustava zdravstvene zaštite, obzirom da kvaliteta skrbi znatno ovisi o komunikacijskim vještinama te kvaliteti odnosa liječnika i bolesnika, a manje o sofisticiranoj tehnologiji. Uzimajući u obzir sve ove razloge, jasno je zašto je puno više istraživanja provedeno na području sigurnosti bolesnika u bolničkoj u odnosu na ambulantnu ZZ.

Krajem 1990-ih intenzivirana su istraživanja i o kulturi sigurnosti na području primarne zdravstvene zaštite, najviše u Americi, Australiji, Velikoj Britaniji, Nizozemskoj i Danskoj. Rezultati tih istraživanja znatno variraju, najviše zbog nedovoljno definirane međunarodne klasifikacije i terminologije iz ovog područja (brojne definicije pogreške/neželjenog događaja), ali i zbog različito organiziranih zdravstvenih sustava u zemljama u kojima su se istraživanja provodila te različitih ciljeva istraživanja (5). Tako zabilježena učestalost pogrešaka varira od 5-80/100.000, pri čemu se prema rezultatima istraživanja njih čak 60-83% smatra preventabilnima (9,10). Veliki broj pogrešaka ipak ne rezultira klinički značajnim posljedicama za bolesnike (oko 50%) ili rezultira s odgodom dijagnoze koja nije klinički značajna (20%), ili samo s nezadovoljstvom pacijenta(10%)(11).Novija istraživanja ukazuju međutim na veću stopu pojavnosti pogrešaka (od <1 do 24 na 100 konzultacija, medijan 2-3 na 100 konzultacija) pri čemu se oko 4% svih pogrešaka povezuje s ozbiljnom štetom nanesenom bolesniku, a ozbiljnom štetom smatra se ona koja značajno utječe na bolesnikovo blagostanje i obuhvaća dugoročna ili trajna fizička ili psihička oštećenja ili smrt (12). Prema Rosseru i suradnicima, 29,3% pogrešaka u PZZ rezultiralo je štetom za bolesnika, od kojih su 5,8% predstavljale ozbiljnu štetu nanесenu bolesniku (13).

Prema Wilsonu, problem sigurnosti bolesnika u PZZ potrebno je analizirati sa četiri glavna aspekta: postavljanje dijagnoze, propisivanje lijekova, problemi komunikacije te

organizacijske elemente (14). Pogreške u postavljanju dijagnoze i propisivanju lijekova najčešće rezultiraju ozbiljnom štetom za bolesnike (12). Novija istraživanja usmjerena su na razloge zbog kojih do pogrešaka dolazi te su ponudila moguća rješenja: uvođenje kompjuterskih i informacijskih tehnologija u zdravstveni sustav, veća osviještenost ljekarnika o kulturi sigurnosti, stalna edukacija zdravstvenih djelatnika, odgovornost i aktivna uloga bolesnika u skrbi koju primaju te učenje iz pogrešaka (15). Obzirom na dostupne pokazatelje sigurnosti bolesnika, istraživanja pokazuju kako navedeni indikatori predstavljaju dobar alat za procjenu stanja i detekciju problema, no nažalost još uvijek nema dovoljno dokaza kako njihova primjena dovodi do unaprjeđenja sigurnosti bolesnika (16). Dosadašnja istraživanja upućuju na zajednički zaključak da bi se trebala poticati dobra praksa prijavljivanja neželjenih događaja, bez disciplinskih mjera i sankcioniranja pojedinca, kako bi se moglo raditi na njihovom rješavanju. U organizacijama sa razvijenom kulturom učenja iz pogrešaka (industrijske i prometne grane), otkrivanje propusta i uklanjanje uzroka koji su omogućili njihovo nastajanje važnije je od optuživanja pojedinca. Proces prilagodbe takvom načinu razmišljanja u medicini je spor i težak (17, 18), između ostalog i zbog sve većeg zanimanja javnosti za medicinske pogreške te zbog sve većeg broja medicinsko-pravnih postupaka. Širenje svijesti o kulturi sigurnosti bolesnika među svim sudionicima sustava (liječnicima i ostalim zdravstvenim djelatnicima, bolesnicima, ljekarnicima, političarima) jedini je način da što prije počnemo učiti iz vlastitih pogrešaka. S tim ciljem provedena su i istraživanja koliko o tom pojmu znaju studenti medicine (19) te specijalizanti obiteljske medicine (20). Temeljem rezultata navedenih istraživanja zaključeno je kako je u kurikule diplomske i poslijediplomske nastave medicinskih fakulteta te specijalističkog usavršavanja potrebno implementirati nastavu iz područja kulture sigurnosti bolesnika kako bi se od samog početka edukacije razvijala svijest o ovom problemu.

Problem sigurnosti bolesnika u PZZ prepoznat je u Europi i svijetu. Svjetska zdravstvena organizacija 2004.godine pokreće Svjetski savez za bolesnikovu sigurnost (engl. *World Alliance for Patient Safety*). Vijeće Europske Unije 2009. izdaje preporuke za razvoj nacionalne politike za poboljšanje bolesnikove sigurnosti u zemljama članicama EU (2), uključujući Hrvatsku koja postaje članicom EU 01.07.2013.

U Hrvatskoj za sada nema sveobuhvatnih podataka o učestalosti medicinskih pogrešaka, niti o mjerama koje se poduzimaju radi unaprjeđenja bolesnikove sigurnosti na razini primarne zdravstvene zaštite. Kultura sigurnosti bolesnika među zdravstvenim osobljem se tek razvija, a metode istraživanja razvijene u drugim zemljama u Hrvatskoj se tek uvode (17).

Razvijena kultura sigurnosti unutar zdravstvene ustanove predstavlja temeljni preduvjet sigurne medicinske prakse. Ukoliko organizacijska kultura neke ustanove ne promiče ideju o važnosti sigurnosti bolesnika, ustanova će nastaviti s praksom koja može ugroziti sigurnost bolesnika (21). Mjerenje kulture sigurnosti može se stoga smatrati prvim korakom ka unaprjeđenju sigurnosti bolesnika. U tome se korisnim pokazala upotreba upitnika za samoprocjenu kulture sigurnosti u zdravstvenim ustanovama; jedan od dostupnih upitnika je i Upitnik o kulturi sigurnosti bolesnika u ordinaciji (engl. *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, MOSOPS) Agencije za istraživanje i kvalitetu zdravstvene zaštite (engl. *Agency for Healthcare Research and Quality*, AHRQ) (22) koji je, sukladno preporukama LINNEAUS Euro-PC projekta, korišten i za potrebe ovog istraživanja. Svrha ovog istraživanja bila je stoga usmjerena na podizanje svijesti o kulturi sigurnosti bolesnika u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Istražiti kako zdravstveni djelatnici u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj procjenjuju kulturu sigurnosti bolesnika u obiteljskoj medicini.

Obzirom na ispitane elemente kulture sigurnosti bolesnika u obiteljskoj medicini, identificirati elemente dobre prakse (engl. *area of strength*) te područja koja je potrebno unaprijediti (engl. *area with potential for improvement*) u svrhu unaprjeđenja kulture sigurnosti bolesnika u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj.

METODE I ISPITANICI

1. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na namjernom uzorku od 180 ispitanika (90 liječnika i 90 medicinskih sestara/zdravstvenih tehničara s kojima rade u timu, zaposlenih u djelatnosti opće/obiteljske medicine), a činili su ga:

- liječnici polaznici specijalističkog poslijediplomskog studija Obiteljska medicina (PDS OM), akademska godina 2012/2013 (N=30) i medicinske sestre/zdravstveni tehničari s kojima rade u timu (N=30);
- liječnici specijalisti obiteljske medicine, mentori polaznika PDS OM akademska godina 2012/13 (N=30) i medicinske sestre/zdravstveni tehničari s kojima rade u timu (N=30);
- liječnici koji rade u djelatnosti opće/obiteljske medicine u neposrednoj blizini polaznika PDS OM, akademska godina 2012/13 (N=30) i medicinske sestre / zdravstveni tehničari s kojima rade u timu (N=30).

Ispitivanje je bilo anonimno i dobrovoljno. Podijeljeno je 180 upitnika, od čega je 122 upitnika vraćeno ispravno popunjeno (stopa odgovora 67,8%).

2. Metode

Istraživanje je bilo presječno.

Podaci su prikupljeni anonimnim upitnikom koji se sastojao iz dva dijela:

1.dio: „Upitnik o sigurnosti bolesnika u ordinaciji“ (*engl. Medical Office Survey on Patient Safety Culture, MOSOPS*) (22). Upitnik Američke agencije za istraživanje i kvalitetu zdravstvene skrbi (*engl. Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ*) ispituje procjenu kulture sigurnosti bolesnika u izvanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti od strane zdravstvenih djelatnika. Upitnik sadrži 51 tvrdnju vrednovanu Likertovom skalom u rasponu od 1 do 5 bodova (od „u potpunosti se ne slažem“/„nikad“ do „u potpunosti se

slažem“/„uvijek“), odnosno od 1 do 6 bodova (od „svakodnevno“ do „nijednom u proteklih 12 mjeseci“), te opcijom „nije primjenjivo / ne znam“. Upitnik ispituje 12 dimenzija kulture sigurnosti bolesnika: otvorenost u komunikaciji (tvrdnje D1, D2, D4, D10); komunikacija o pogreškama (tvrdnje D7, D8, D11, D12); izmjena informacija s ostalim ustanovama (B1, B2, B3, B4); organizacija rada i standardizacija postupaka (C8,C9, C12, C15); unaprjeđenje organizacije temeljem naučenog (F1, F5, F7); ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi (F2, F3, F4, F6); podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja (E1, E2, E3, E4); praćenje skrbi za bolesnike (D3, D5, D6, D9); elementi vezani uz bolesnikovu sigurnost i kvalitetu skrbi (A1 – A9); edukacija osoblja (C4, C7, C10); timski rad (C1, C2, C5, C13); te pritisak na poslu i tempo rada (C3, C6, C11, C14). Upitnik je objavljen 2008. godine u cijelosti i dostupan je za korištenje (22). Upitnik je preveden na hrvatski jezik od strane dva neovisna prevoditelja, prijevod je sadržajno i jezično usuglašen u skladu s preporukama AHRQ te je konačni prijevod povratno preveden na engleski jezik (23).

Slaganje ispitanika s pojedinom tvrdnjom iz MOSOPS upitnika (Likertova skala, od 1 do 5, odnosno od 1 do 6) objedinili smo u tri kategorije: odgovore 1 i 2 u kategoriju „negativan odgovor“; odgovor 3, odnosno 3 i 4, u kategoriju „neutralan odgovor“; odgovore 4 i 5, odnosno 5 i 6, u kategoriju „pozitivan odgovor“ (24).

Obzirom na značenje, tvrdnje u MOSOPS upitniku mogu biti pozitivne (izražavaju slaganje ispitanika s tvrdnjom) ili negativne (izražavaju neslaganje ispitanika s tvrdnjom). Radi mogućnosti usporedbe pozitivnih i negativnih tvrdnji, za svaku pojedinu tvrdnju izračunat je postotak pozitivnih odgovora. Za pozitivne tvrdnje, postotak pozitivnih odgovora jednak je postotku odgovora kojima se izražava slaganje s navedenom tvrdnjom (odgovori 4 i 5: „slažem se“/„u potpunosti se slažem“ (cjeline C,E,F), odnosno „većinu vremena“/„uvijek“ (cjelina D)). Za negativne tvrdnje, postotak pozitivnih odgovora jednak je postotku odgovora kojima se izražava neslaganje s navedenom tvrdnjom (odgovori 1 i 2: „ne slažem se“/„u potpunosti se ne slažem“ (cjeline C,E,F) i „rijetko“/„nikad“ (cjelina D), odnosno odgovori 5 i 6: „Nijednom u posljednjih 12 mjeseci“/„Jednom ili dvaput u posljednjih 12 mjeseci“ (cjeline A i B) (24).

Nadalje, radi mogućnosti usporedbe pojedinih dimenzija MOSOPS upitnika, za deset od dvanaest dimenzija upitnika (dimenzije unutar cjelina C, D, E i F) izračunat je kompozitni postotak pozitivnih odgovora za svaku pojedinu dimenziju. Kompozitni postotak pozitivnih

odgovora za pojedinu dimenziju izračunat je kao zbroj postotaka pozitivnih odgovora svih pitanja iz te dimenzije, podijeljen s brojem pitanja u toj dimenziji (24).

2.dio: sastavljen za potrebe istraživanja. Prikupljeni su sociodemografski podaci (dob, spol), podaci o profesionalnim značajkama ispitanika (radno iskustvo u djelatnosti obiteljske medicine, radno iskustvo na sadašnjem radnom mjestu, mentorstvo, stručna osposobljenost), podaci o značajkama prakse (broj osoba u skrbi, prosječan broj konzultacija dnevno, prosječan broj pregleda dnevno, smještaj prakse, oblik poslovanja).

Za obradu podataka korišten je SPSS statistički program, verzija 17.0 za Windows okruženje. Korišteni su primjereni statistički postupci deskriptivne statistike: opis i analiza distribucije.

REZULTATI

Od 180 podijeljenih upitnika, 122 je vraćeno ispravno ispunjeno i statistički obrađeno (stopa odgovora 67,8%).

1. Podaci o ispitanicima

U istraživanju je sudjelovalo 109 (89,3%) žena i 11 (9%) muškaraca. Dva ispitanika nisu označila spol. Dob ispitanika kretala se od 25 do 65 godina (prosjek 44,6, SD \pm 10,7). Većina ispitanika (N=70, 57,4%) pripada dobnoj skupini od 35-54 godina (Tablica 1).

Tablica 1. Sociodemografske značajke ispitanika

		N	%
Dob	≤34 godine	28	23,0
	35-54 godina	70	57,4
	≥55 godina	21	17,2
	Nepoznato	3	2,5
Spol	Muški	11	9,0
	Ženski	109	89,3
	Nepoznato	2	1,6

Prosječno radno iskustvo ispitanika na radnom mjestu u obiteljskoj medicini je 18,1 godina (SD \pm 11,7, minimum 1, maksimum 43), a prosječno radno iskustvo na sadašnjem radnom mjestu je 12,3 godine (SD \pm 9,7, minimum 0, maksimum 43). Trećina ispitanika (N=35, 28,7%) na sadašnjem radnom mjestu radi manje od 5 godina. Osam ispitanika (6,6%) ima radno iskustvo u obiteljskoj medicini godinu dana i manje. U istraživanju je sudjelovao gotovo podjednak udio liječnika (N=68, 55,7%) i medicinskih sestara/zdravstvenih tehničara (N=54, 44,3%) (Tablica2).

Tablica 2. Profesionalne značajke ispitanika

		N	%
Radno iskustvo u obiteljskoj medicini	≤10 godina	43	35,2
	11-24 godina	35	28,7
	≥25 godina	42	34,4
	Nepoznato	2	1,6
Radno iskustvo na sadašnjem radnom mjestu	≤5 godina	35	28,7
	6-19 godina	50	41,0
	≥20 godina	33	27,0
	Nepoznato	4	3,3
Zanimanje	Specijalist opće/obiteljske medicine	37	30,3
	Specijalizant obiteljske medicine	24	19,7
	Specijalist ostalih specijalnosti	0	0
	Liječnik opće medicine bez specijalizacije	7	5,7
	Medicinska sestra/zdravstveni tehničar	54	44,3
	Nepoznato	0	0
Mentorstvo	Ne	80	65,6
	Da-studentima	2	1,6
	Da-specijalizantima	7	5,7
	Da-studentima i specijalizantima	13	10,7
	Nepoznato	20	16,4

Broj osiguranika u skrbi u ispitivanim ordinacijama iznosio je od 460 do 2340 (prosjeak 1741, SD 368,5). Dvije trećine ispitivanih ordinacija ima više od 1700 pacijenata u skrbi (N=81, 66,4%) (Tablica 3). Prosječni dnevni broj pregleda iznosio je 37 (SD 11,9, minimum 11, maksimum 65), a prosječni dnevni broj konzultacija 70 (SD 17,1, minimum 20, maksimum 114).

Gotovo polovica ispitanika (N=58, 47,5%) su zaposlenici Doma zdravlja. Većina ispitanika ne odlučuje o financijama u ordinaciji u kojoj radi (N=83, 68%). Ispitanici su bili iz 12 županija, većinom iz županije Grad Zagreb (N=36, 30,3%). Na drugom mjestu je Zagrebačka županija (N=17, 13,9%), a na trećem i četvrtom mjestu su Sisačko-Moslavačka (N=15, 12,3%) i Osječko-baranjska (N=13, 10,7%). Ostale županije zastupljene su sa <10%. Većina ispitanika radi u gradskim ordinacijama (N=86, 70,5%) (Tablica 3.).

Tablica 3. Značajke prakse ispitanika

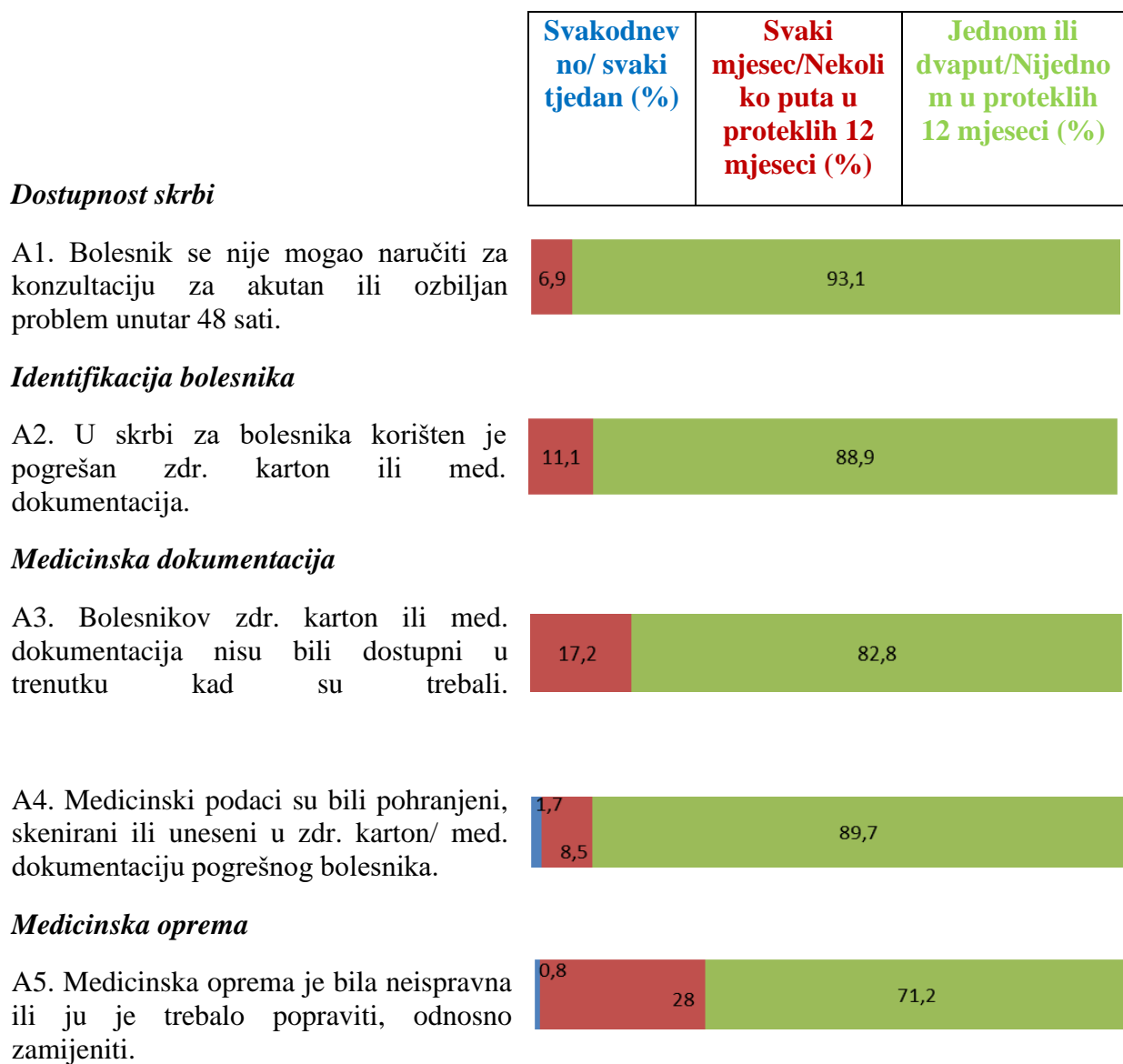
		N	%
Broj osiguranika u skrbi	≤1200	12	9,8
	1201-1699	26	21,3
	≥1700	81	66,4
	Nepoznato	3	2,5
Prosječan dnevni broj konzultacija	≤60	34	27,9
	61-79	40	32,8
	≥80	29	23,8
	Nepoznato	19	15,6
Prosječan dnevni broj pregleda	≤25	21	17,2
	26-44	58	47,5
	≥45	30	24,6
	Nepoznato	13	10,7
Oblik poslovanja	Ugovorni privatni zdravstveni radnik u koncesiji, u prostoru DZ	30	24,6
	Ugovorni zdravstveni radnik u koncesiji, u privatnom prostoru	6	4,9
	Djelatnik DZ	58	47,5
	Djelatnik zaposlen kod ugovornog privatnog zdravstvenog radnika	25	20,5
	Nepoznato	3	2,5
Smještaj prakse	Seoska	24	19,7
	Gradska	86	70,5
	Prigradska	11	9,0
	Nepoznato	1	0,8

2. Upitnik o sigurnosti bolesnika u ordinaciji (MOSOPS)

2.1. CJELINA A

Cjelina A obuhvaća elemente koji se odnose na bolesnikovu sigurnost i kvalitetu skrbi. Frekvencije odgovora ispitanika na pitanje: *Prema Vašoj procjeni, koliko često su se slijedeće situacije događale u Vašoj ordinaciji u proteklih 12 mjeseci?*, izražene kao slaganje s pojedinom tvrdnjom prikazane su na Slici 1 (sve tvrdnje su negativne).

Slika 1. Dimenzija *Elementi vezani uz bolesnikovu sigurnost i kvalitetu skrbi*

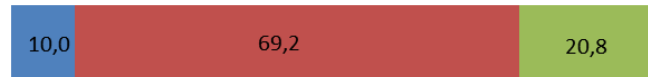


Slika 1.-nastavak

Svakodnev no/ svaki tjedan (%)	Svaki mjesec/Nekoli ko puta u proteklih 12 mjeseci (%)	Jednom ili dvaput/Nijedn om u proteklih 12 mjeseci (%)
--------------------------------------	--	--

Liječenje

A6. Ljekarna je kontaktirala ordinaciju kako bi se pojasnio ili ispravio recept.



A7. Lista trajne terapije nije bila obnovljena za vrijeme konzultacije bolesnika.



Dijagnostički postupci

A8. Laboratorijski nalaz ili RTG nalaz nisu bili pravodobno dostupni.



A9. Za kritičan patološki lab. ili RTG nalaz nije se djelovalo unutarjednog radnog dana.

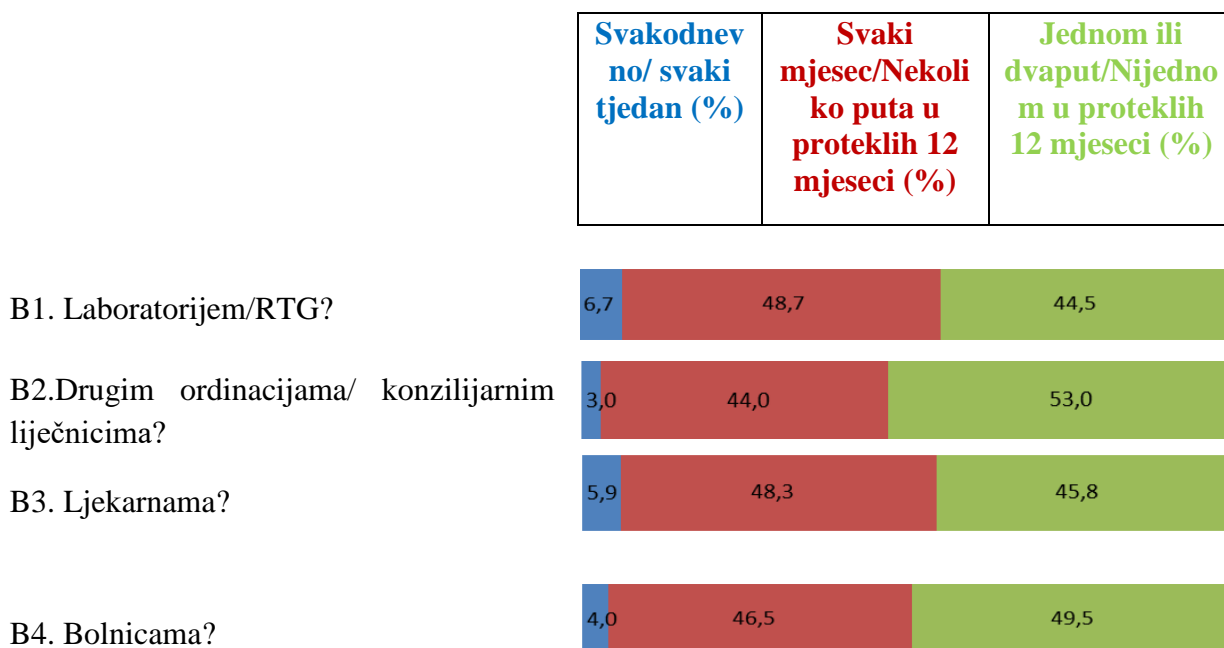


U cjelini A, koja odgovara dimenziji *Bolesnikova sigurnost i kvaliteta skrbi*, najbolje je ocijenjena tvrdnja A1 (dostupnost skrbi; 93,1% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja A6 (liječenje; 20,8% pozitivnih odgovora).

2.2. CJELINA B

Cjelina B obuhvaća elemente koji se odnose naizmjenju informacija s ostalim ustanovama. Frekvencije odgovora ispitanika na pitanje: *U posljednjih 12 mjeseci, koliko često je Vaša ordinacija imala problema u izmjenjivanju točnih, potpunih i pravodobnih informacija s...?* izražene kao slaganje s pojedinom tvrdnjom mogu se vidjeti na Slici 2 (sve tvrdnje su negativne).

Slika 2. Dimenzija *Izmjena informacija s ostalim ustanovama*



U cjelini B koja se odnosi na izmjenu informacija s ostalim ustanovama, najbolje je ocijenjena tvrdnja B2 (izmjena informacija s drugim ordinacijama/konzilijarnim liječnicima; 53% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja B1 (izmjena informacija s laboratorijem / RTG; 44,5% pozitivnih odgovora).

U tvrdnji B5 od ispitanika se tražilo da slobodnim tekstom navedu s kim su još imali problema u izmjenjivanju točnih, potpunih i pravodobnih informacija u posljednjih 12 mjeseci. Od 122 ispitanika, 11 ih je kao ustanovu/suradnika s kojim su imali problem u izmjenjivanju informacija navelo:

1. Patronažnu službu (tri ispitanika)
2. Socijalnu skrb (dva ispitanika)
3. Fizikalnu terapiju u kući (dva ispitanika)
4. Dom zdravlja (1 ispitanik)
5. Hitnu službu (1 ispitanik)
6. Njegu u kući (1 ispitanik)
7. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (1 ispitanik)

2.3. CJELINE C, D, E, F

Tvrđnje iz cjelina C, D, E i F grupirane su u deset dimenzija kulture sigurnosti bolesnika. Frekvencije odgovora ispitanika na pitanja iz pojedinih dimenzija, izražene kao slaganje s pojedinom tvrdnjom, prikazane su na Slikama 3-12. Negativna pitanja obilježena su oznakom minus na kraju rečenice (-).

Slika 3. Dimenzija *Timski rad*

	U potpunosti se ne slažem/ ne slažem se (%)	Niti se slažem, niti se ne slažem (%)	U potpunosti se slažem/ slažem se (%)
C1. Kad je netko u ovoj ordinaciji jako zauzet, ostali mu pomažu.	6,3	6,3	87,5
C2. U ovoj ordinaciji postoji dobra radna atmosfera između liječnika i osoblja.	2,5		97,5
C5. U ovoj ordinaciji međusobno poštujemo jedni druge.	0,8	2,5	96,7
C13. U ovoj ordinaciji je naglašen timski rad u zbrinjavanju bolesnika	5,7	8,2	86,1

Unutar domene *Timski rad* najbolje je ocijenjena tvrdnja C2 (radna atmosfera između liječnika i osoblja; 97,5% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja C13 (timski rad; 86,1% pozitivnih odgovora). Općenito, sve tvrdnje u ovoj dimenziji su iznimno dobro ocijenjene. Kompozitni postotak pozitivnih odgovora za dimenziju *Timski rad* iznosi 91,9%, što čini ovu dimenziju najbolje ocijenjenom dimenzijom kulture sigurnosti bolesnika u istraživanju.

Slika 4.Dimenzija *Pritisak na poslu i tempo rada*

U potpunosti se ne slažem/ ne slažem se (%)	Niti se slažem, niti se ne slažem (%)	U potpunosti se slažem/ slažem se (%)
---	---------------------------------------	---------------------------------------

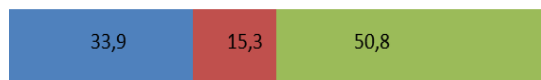
C3. U ovoj ordinaciji često osjećamo pritisak zbog nedostatka vremena u pružanju skrbi za bolesnika.(-)



C6. Imamo prevelik broj bolesnika u skrbi obzirom na broj liječnika u ordinaciji.(-)



C11. Imamo dovoljno osoblja za zbrinjavanje bolesnika u skrbi.



C14. Ordinacija ima previše bolesnika u skrbi za njihovo učinkovito zbrinjavanje.(-)



Unutar dimenzije *Pritisak na poslu i tempo rada* najbolje je ocijenjena tvrdnja C11 (dovoljno osoblja za zbrinjavanje bolesnika u skrbi; 50,8% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja C6 (prevelik broj bolesnika u skrbi obzirom na broj liječnika u ordinaciji; 21,4% pozitivnih odgovora). Kompozitni postotak pozitivnih odgovora za dimenziju *Pritisak na poslu i tempo rada* iznosi 34,4%, što čini ovu dimenziju najlošije ocijenjenom dimenzijom kulture sigurnosti bolesnika u istraživanju.

Slika 5.Dimenzija *Edukacija osoblja*

U potpunosti se ne slažem/ ne slažem se (%)	Niti se slažem, niti se ne slažem (%)	U potpunosti se slažem/ slažem se (%)
---	---------------------------------------	---------------------------------------

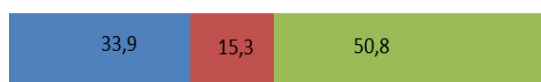
C4. U ovoj ordinaciji osoblje prolazi poduku prije uvođenja novih postupaka.



C7. U ovoj ordinaciji osoblje dobiva izobrazbu potrebnu za svoje radno mjesto.

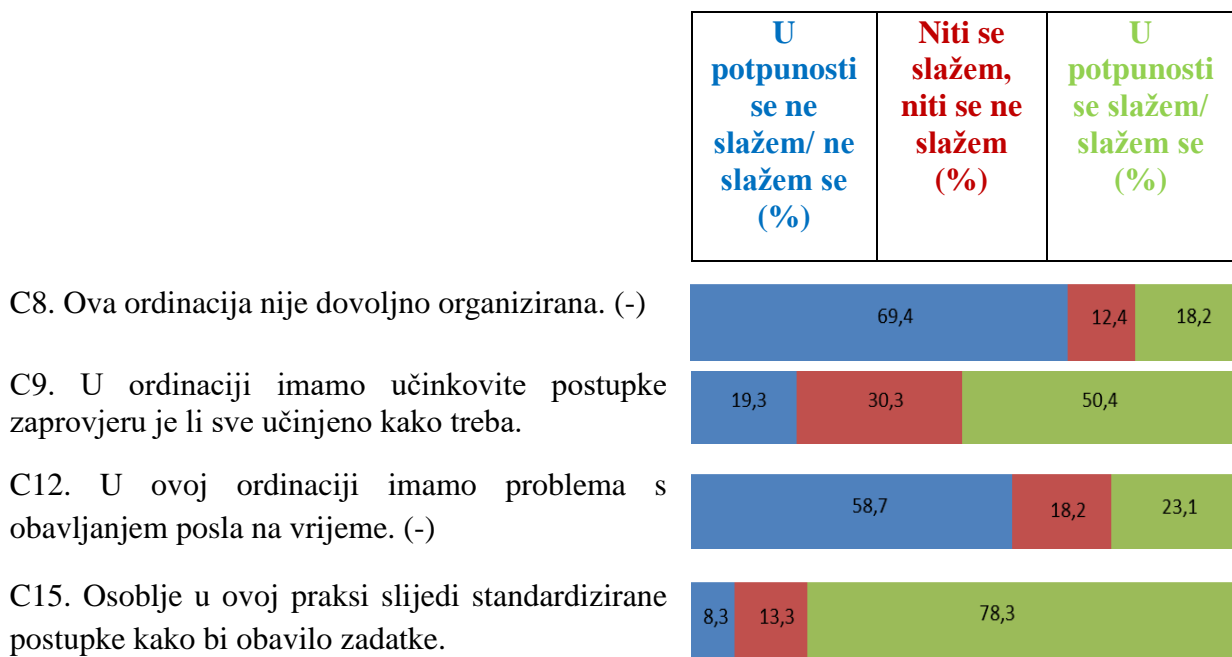


C10. U ovoj ordinaciji se od osoblja očekuje da obavlja poslove za koje nisu osposobljeni (-)



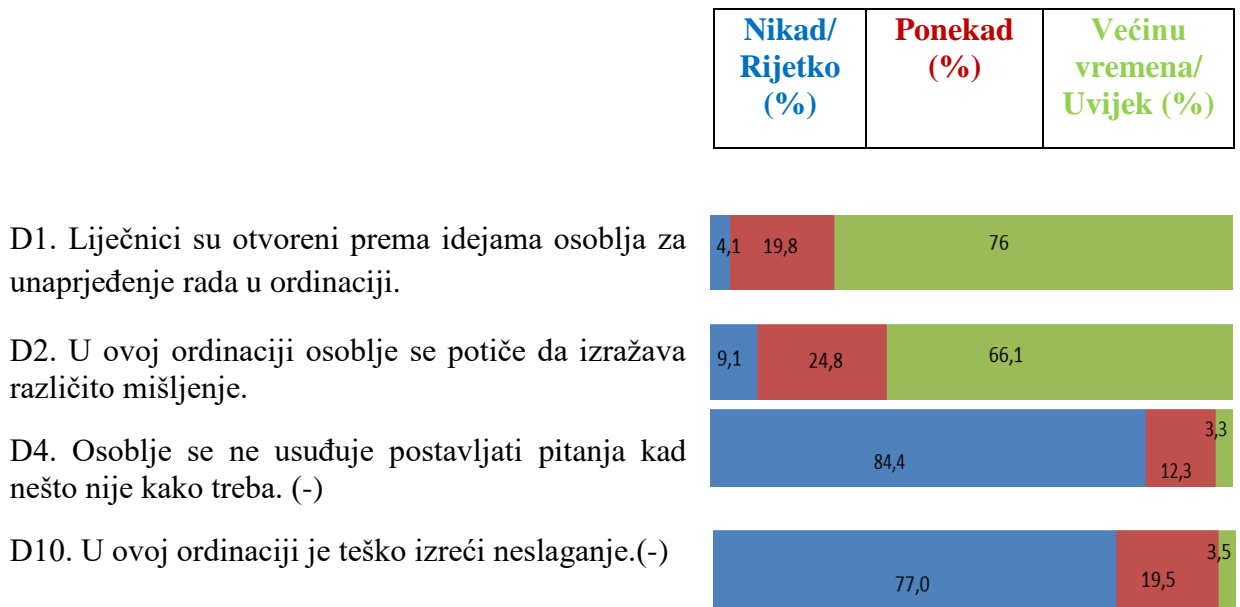
Unutar dimenzije *Edukacija osoblja* najbolje je ocijenjena tvrdnja C7 (osoblje dobiva izobrazbu za svoje radno mjesto; 66,1% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja C10 (očekivanje da osoblje obavlja poslove za koje nisu osposobljeni; 33,9% pozitivnih odgovora). Kompozitni postotak pozitivnih odgovora za dimenziju *Edukacija osoblja* iznosi 54.5%.

Slika 6. Dimenzija *Organizacija rada i standardizacija postupaka*



Unutar dimenzije *Organizacija rada i standardizacija postupaka* najbolje je ocijenjena tvrdnja C15 (osoblje slijedi standardizirane postupke u obavljanju zadataka; 78,3% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja C9 (u ordinaciji postoje učinkoviti postupci za provjeru je li sve učinjeno kako treba; 50,4% pozitivnih odgovora). Kompozitni postotak pozitivnih odgovora za ovu dimenziju iznosi 64,2%.

Slika 7. Dimenzija *Otvorenost u komunikaciji*



Unutar dimenzije *Otvorenost u komunikaciji* najbolje je ocijenjena tvrdnja D4 (osoblje se ne usuđuje postavljati pitanja kad nešto nije kako treba; 84,4% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja D2 (osoblje se potiče da izražava različito mišljenje; 66,1% pozitivnih odgovora). Kompozitni postotak pozitivnih odgovora za ovu dimenziju iznosi 75,9%

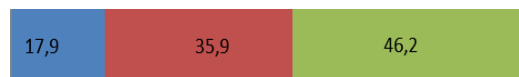
Slika 8. Dimenzija *Praćenje skrbi za bolesnike*

Nikad/ Rijetko (%)	Ponekad (%)	Većinu vremena/ Uvijek (%)
--------------------------	----------------	----------------------------------

D3. Bolesnike u skrbi se podsjeća kad se trebaju naručiti za preventivni pregled ili redovitu konzultaciju.



D5. U ovoj ordinaciji se dokumentira koliko dobro kronični bolesnici ostvaruju svoj individualni plan liječenja.



D6. U ovoj ordinaciji se istražuje ukoliko se ne primi nalaz konzilijarnog pregleda koji se očekuje.

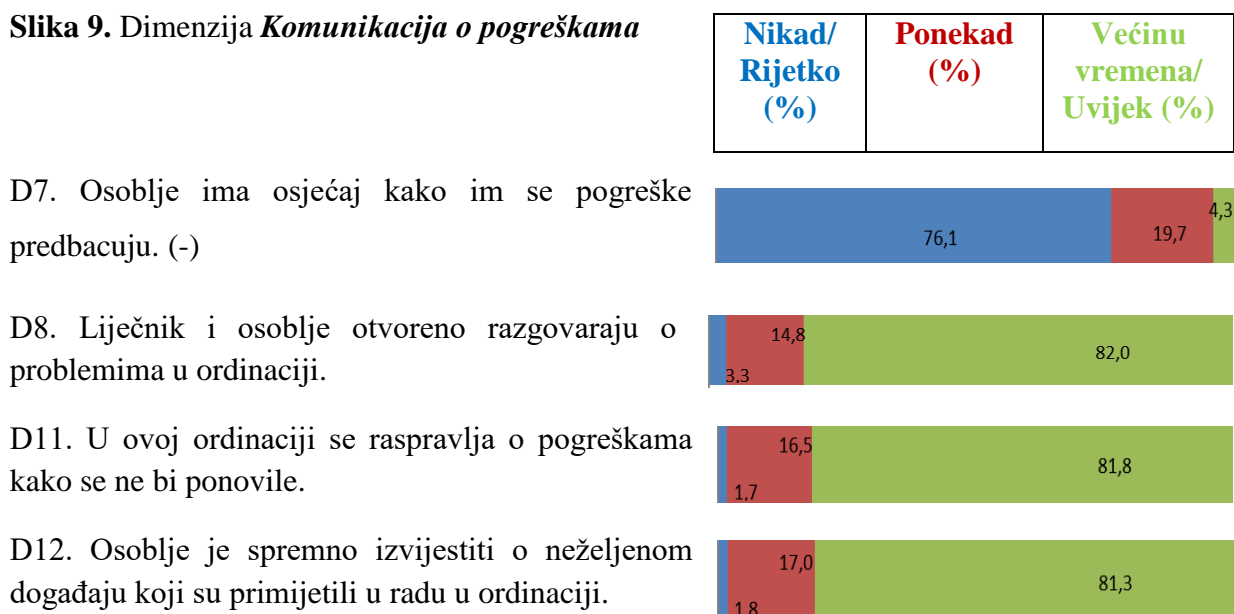


D9. U ovoj ordinaciji se aktivno prate bolesnici kod kojih je potreban kontinuirani nadzor zdravstvenog stanja.



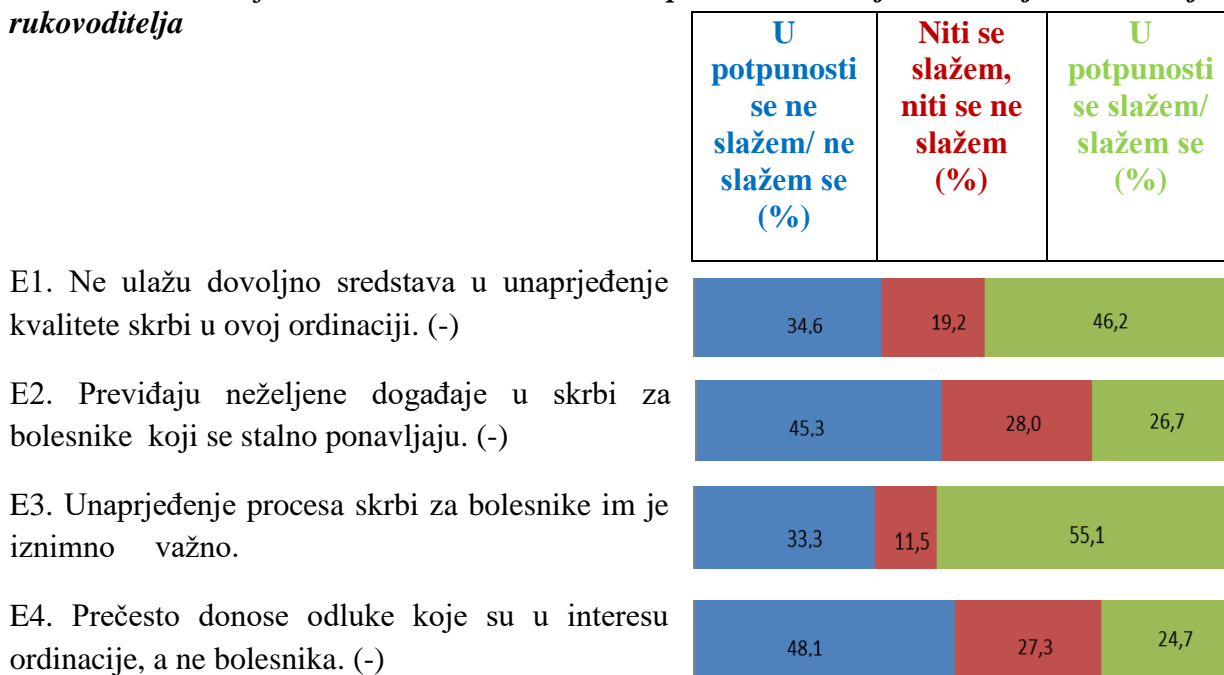
Unutar dimenzije *Praćenje skrbi za bolesnike* najbolje je ocijenjena tvrdnja D9 (aktivno praćenje bolesnika kod kojih je potreban kontinuirani nadzor; 87,6% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja D5 (dokumentiranje koliko dobro kronični bolesnici ostvaruju svoj individualni plan liječenja; 46,2% pozitivnih odgovora). Kompozitni postotak pozitivnih odgovora za ovu dimenziju iznosi 63,5%.

Slika 9. Dimenzija *Komunikacija o pogreškama*



Unutar dimenzije *Komunikacija o pogreškama* najbolje je ocijenjena tvrdnja D8 (liječnik i osoblje otvoreno razgovaraju o problemima u ordinaciji; 82,0% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja D7 (osoblje ima osjećaj kako im se pogreške predbacuju; 76,1% pozitivnih odgovora). Kompozitni postotak pozitivnih odgovora za ovu dimenziju iznosi 80,3%.

Slika 10. Dimenzija *Podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja*



Sukladno uputama iz upitnika, tvrdnje unutar dimenzije *Podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja* ocjenjivalo je isključivo zdravstveno osoblje (liječnici, medicinske sestre/ zdravstveni tehničari) koje nije odgovorno za donošenje financijskih odluka u ordinaciji. Prikazani rezultati predstavljaju procjenu navedenog osoblja u pogledu postupanja vlasnika ordinacije i njegovih partnera/ nositelja ordinacije u koncesiji/ rukovoditelja ustanove po navedenim tvrdnjama.

Unutar dimenzije *Podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja* najbolje je ocijenjena tvrdnja E3 (važnost unaprjeđenja skrbi za bolesnika; 55,1% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja E1 (ne ulažu dovoljno sredstava u unaprjeđenje kvalitete skrbi u ovoj ordinaciji; 34,6% pozitivnih odgovora).Kompozitni postotak pozitivnih odgovora za ovu dimenziju iznosi 45,8%.

Slika 11. Dimenzija *Unaprjeđenje organizacije temeljem naučenog*

U potpunosti se ne slažem/ ne slažem se (%)	Niti se slažem, niti se ne slažem (%)	U potpunosti se slažem/ slažem se (%)
---	---------------------------------------	---------------------------------------

F1. Kad se u našoj ordinaciji pojavi problem, razmislimo trebamo li promijeniti način rada.



F5. U ovoj ordinaciji smo uspješni u mijenjanju procesa rada kako bismo bili sigurni da se isti problem neće ponoviti.



F7. Nakon uvođenja promjena u svrhu unaprjeđenja skrbi za bolesnika, u ordinaciji se provodi evaluacija učinjenog.



Unutar dimenzije *Unaprjeđenje organizacije temeljem naučenog* najbolje je ocijenjena tvrdnja F1 (razmišljanje o potrebi promjene načina rada kad se u ordinaciji pojavi problem; 84,3% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja F7 (evaluacija nakon uvođenja promjena u svrhu unaprjeđenja kvalitete skrbi; 47,4% pozitivnih odgovora). Kompozitni postotak pozitivnih odgovora za ovu dimenziju iznosi 69,5%.

Slika 12.. Dimenzija *Ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi*

U potpunosti se ne slažem/ ne slažem se (%)	Niti se slažem, niti se ne slažem (%)	U potpunosti se slažem/ slažem se (%)
---	---------------------------------------	---------------------------------------

F2. Naš proces rada u ordinaciji je dobar u prevenciji neželjenih događaja koji mogu utjecati na bolesnika.



F3. U ovoj ordinaciji neželjeni događaji se događaju češće nego što bi trebali. (-)



F4. Samo zahvaljujući sreći se neželjeni događaji koji imaju posljedice za bolesnike ne događaju češće. (-)



F6. U ovoj ordinaciji je važnije napraviti više posla nego pružiti kvalitetnu skrb. (-)



Unutar dimenzije *Ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi* najbolje je ocijenjena tvrdnja F3 (učestalost neželjenih događaja; 93,5% pozitivnih odgovora), a najlošije tvrdnja F2 (sustav rada u prevenciji neželjenih događaja; 68,5% pozitivnih odgovora). Kompozitni postotak pozitivnih odgovora za ovu dimenziju iznosi 83,8%.

Najbolje ocijenjeno pitanje u svih 10 dimenzija je pitanje C2: *U ovoj ordinaciji postoji dobra radna atmosfera između liječnika i osoblja* (97,5% pozitivnih odgovora), a najlošije ocijenjeno pitanje je pitanje C6: *Imamo prevelik broj bolesnika u skrbi obzirom na broj liječnika u ordinaciji* (21,4% pozitivnih odgovora).

Deset dimenzija koje su sadržane unutar cjelina C, D, E i F rangirane su obzirom na kompozitni postotak pozitivnih odgovora, od dimenzije s najvišim prema dimenziji sa najnižim kompozitnim postotkom pozitivnih odgovora (Tablica 4).

Tablica 4. Dimenzije cjelina C, D, E i F rangirane obzirom na kompozitni postotak pozitivnih odgovora.

Dimenzije cjelina C, D, E i F <i>Upitnika o sigurnosti bolesnika u ordinaciji</i>	Kompozitni % pozitivnih odgovora za dimenziju
1. Timski rad (C1, C2, C5, C13)	91,9
2. Ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi (F2, F3, F4, F6)	83,8
3. Komunikacija o pogreškama (D7, D8, D11, D12)	80,3
4. Otvorenost u komunikaciji (D1, D2, D4, D10)	75,9
5. Unaprjeđenje organizacije temeljem naučenog (F1, F5, F7)	69,5
6. Organizacija rada i standardizacija postupaka (C8, C9, C12, C15)	64,2
7. Praćenje skrbi za bolesnike (D3, D5, D6, D9)	63,5
8. Edukacija osoblja (C4, C7, C10)	54,5
9. Podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja (E1, E2, E3, E4)	45,8
10. Pritisak na poslu i tempo rada (C3, C6, C11, C14)	34,4

Dimenzije u kojima kompozitni postotak pozitivnih odgovora iznosi >75% predstavljaju dimenzije koje su ispitanici u globalu pozitivno ocijenili i koje predstavljaju elemente dobre prakse (engl. *area of strength*) obzirom na ispitane elemente sigurnosti bolesnika (15). Sukladno rezultatima istraživanja, to su dimenzije: *Timski rad* (91,9%), *Ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi* (83,7%), *Komunikacija o pogreškama* (80,3%) i *Otvorenost u komunikaciji* (75,9%). S druge strane, dimenzije u kojima kompozitni postotak pozitivnih odgovora iznosi <50%, predstavljaju dimenzije za koje je manje od polovice ispitanika dalo pozitivno mišljenje, odnosno radi se o područjima koja je potrebno unaprijediti (engl. *area with potential for improvement*). Prema rezultatima ovog istraživanja to su domene: *Podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja* (39,9%) i *Pritisak i tempo na poslu* (34,4%).

Od ukupno 51 tvrdnje koje upitnik sadrži, kod 14 pojedinačnih tvrdnji postotak pozitivnih odgovora iznosi manje od 50%, neovisno o kompozitnom postotku pozitivnih odgovora dimenzija u kojima se te tvrdnje nalaze (Tablica 5).

Tablica 5. Tvrdnje iz *Upitnika o sigurnosti bolesnika u ordinaciji* za koje je postotak pozitivnih odgovora <50%.

Tvrdnje	Postotak pozitivnih odgovora
1. Ljekarna je kontaktirala ordinaciju kako bi se pojasnio ili ispravio recept. (A6)	20,8
2. Imamo prevelik broj bolesnika u skrbi obzirom na broj liječnika u ordinaciji. (C6)	21,4
3. U ovoj ordinaciji često osjećamo pritisak zbog nedostatka vremena u pružanju skrbi za bolesnika.(C3)	26,2
4. Vlasnici ordinacije/partneri/nositelji ordinacije u koncesiji/rukovoditelji ne ulažu dovoljno sredstava u unaprjeđenje kvalitete skrbi u ovoj ordinaciji.(E1)	34,6
5. Laboratorijski nalaz ili RTG nalaz nisu bili pravodobno dostupni.(A8)	38,1
6. Ordinacija ima previše bolesnika u skrbi za njihovo učinkovito zbrinjavanje.(C14)	39,2
7. Lista trajne terapije nije bila obnovljena za vrijeme konzultacije bolesnika.(A7)	42,5
8. Izmjena informacija s laboratorijem/RTG(B1)	44,5
9. Vlasnici ordinacije/partneri/nositelji ordinacije u koncesiji/rukovoditelji previđaju neželjene događaje u skrbi za bolesnike koji se stalno ponavljaju.(E2)	45,3
10. Izmjena informacija s ljekarnama.(B3)	45,8
11. U ovoj ordinaciji se dokumentira koliko dobro kronični bolesnici ostvaruju svoj individualni plan liječenja.(D5)	46,2
12. Nakon uvođenja promjena u svrhu unaprjeđenja skrbi za bolesnika, u ordinaciji se provodi evaluacija učinjenog.(F7)	47,4
13. Vlasnici ordinacije/partneri/nositelji ordinacije u koncesiji/rukovoditelji prečesto donose odluke koje su u interesu ordinacije, a ne bolesnika.(E4)	48,1
14. Izmjena informacija s bolnicama.(B4)	49,5

2.4. CJELINA G: Sveukupna ocjena

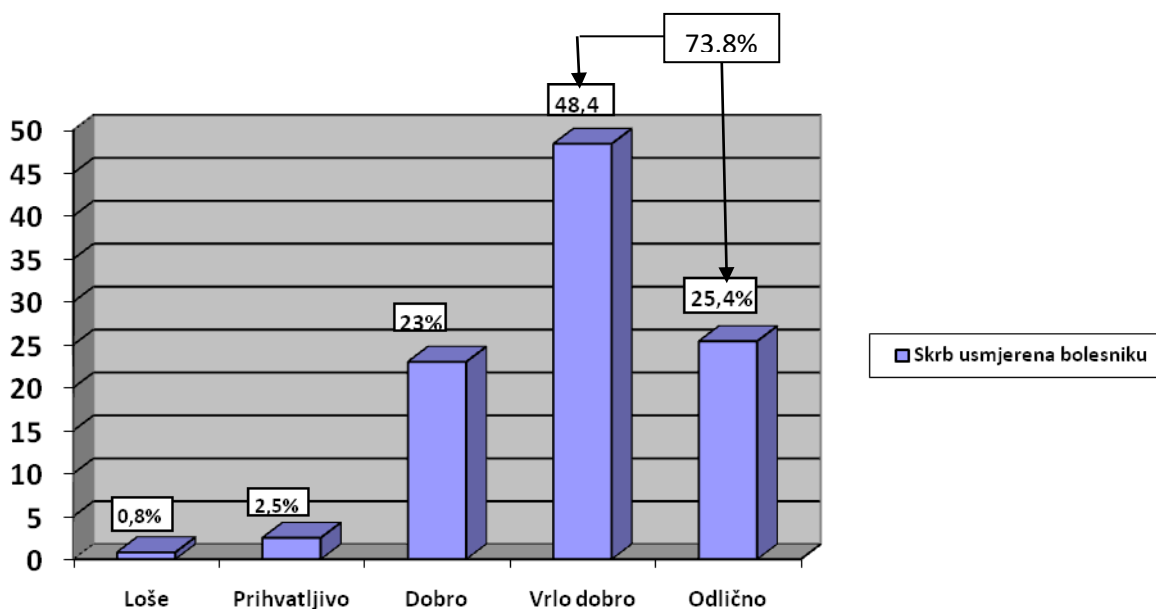
U cjelini G upitnika ispitanici su Likertovom skalom od 1 do 5 (1= loše, 5=odlično) ocjenjivali *Sveukupnu ocjenu kvalitete skrbi* vrednujući pet dimenzija kvalitete zdravstvene skrbi u svojim ordinacijama: usmjerenost bolesniku, učinkovitost, pružanje skrbi na vrijeme, efikasnost, pravičnost (Slika 13-17). Također je ispitana *Sveukupna ocjena sigurnosti bolesnika* iz perspektive ispitanika (Slika 18).

Konačno, izračunat je prosjek postotaka odgovora na pet tvrdnji o kvaliteti skrbi i sveukupne ocjene sigurnosti bolesnika te je dobivena *Prosječna sveukupna ocjena kvalitete skrbi i sigurnosti bolesnika* (Slika 19).

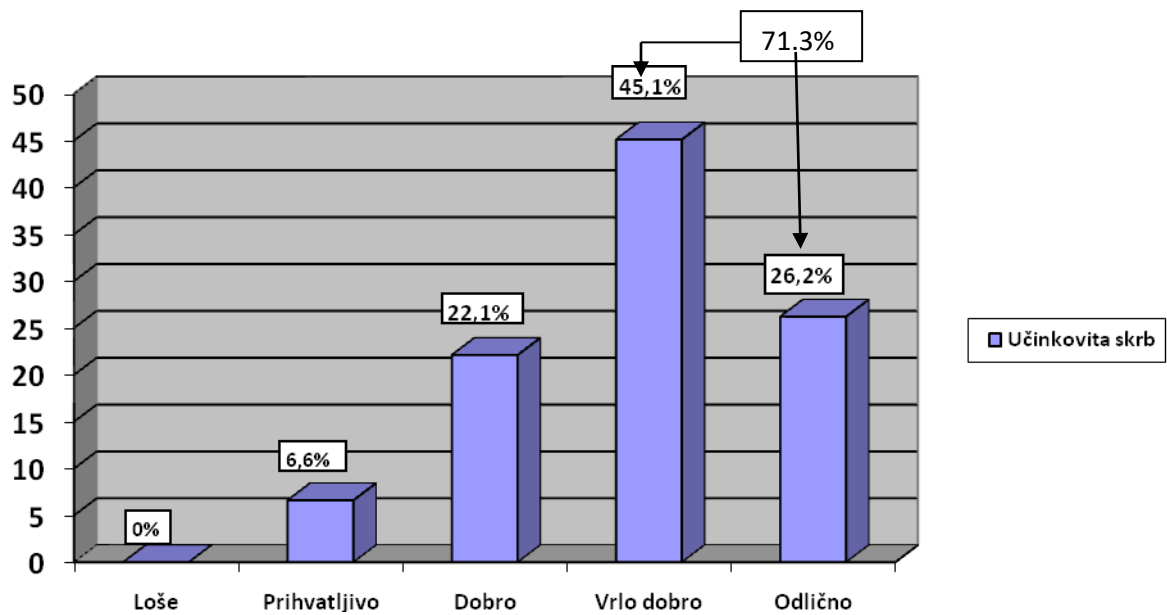
2.4.1. Sveukupna ocjena kvalitete skrbi

Od pet dimenzija kvalitete skrbi, ispitanici su najbolje ocijenili dimenziju *pravičnost skrbi* (ocjena 4 i 5 – 92,6% ispitanika; Slika 17), a najlošije dimenziju *efikasnost skrbi* (ocjena 4 i 5 – 59,9% ispitanika; Slika 16). Tvrdnje u ovoj cjelini odnose se na procijenjenu kvalitetu zdravstvene skrbi pruženu u ordinacijama ispitanika.

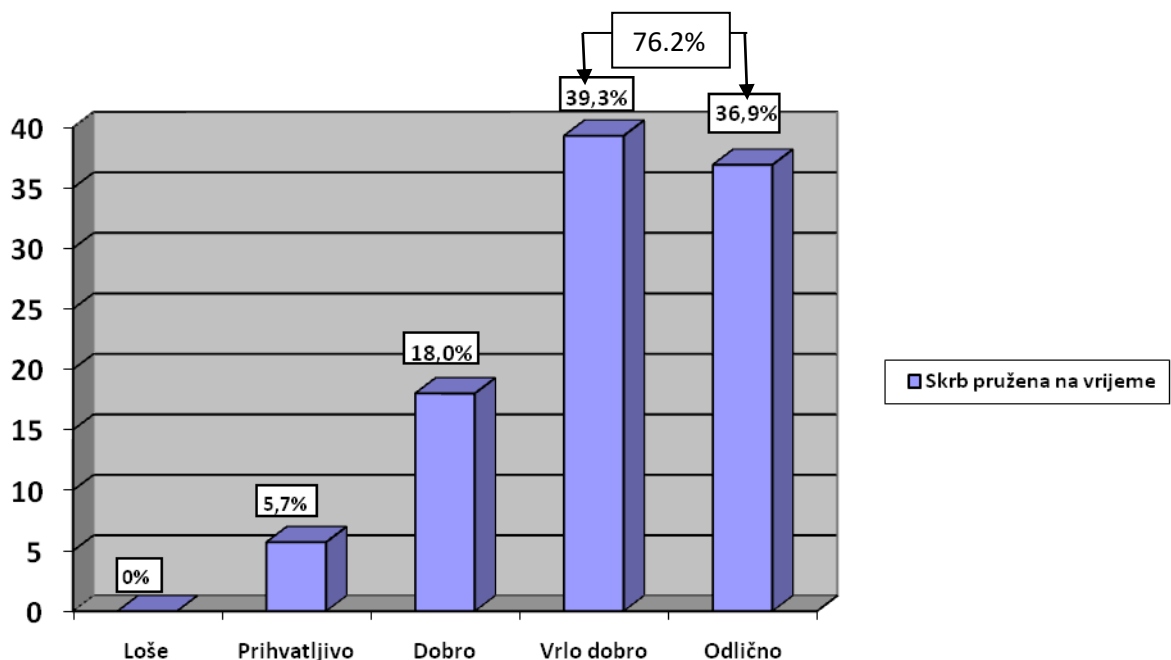
Slika 13. *Skrb usmjerena bolesniku* - skrb koja odgovara na bolesnikove individualne prioritete, potrebe i vrijednosti



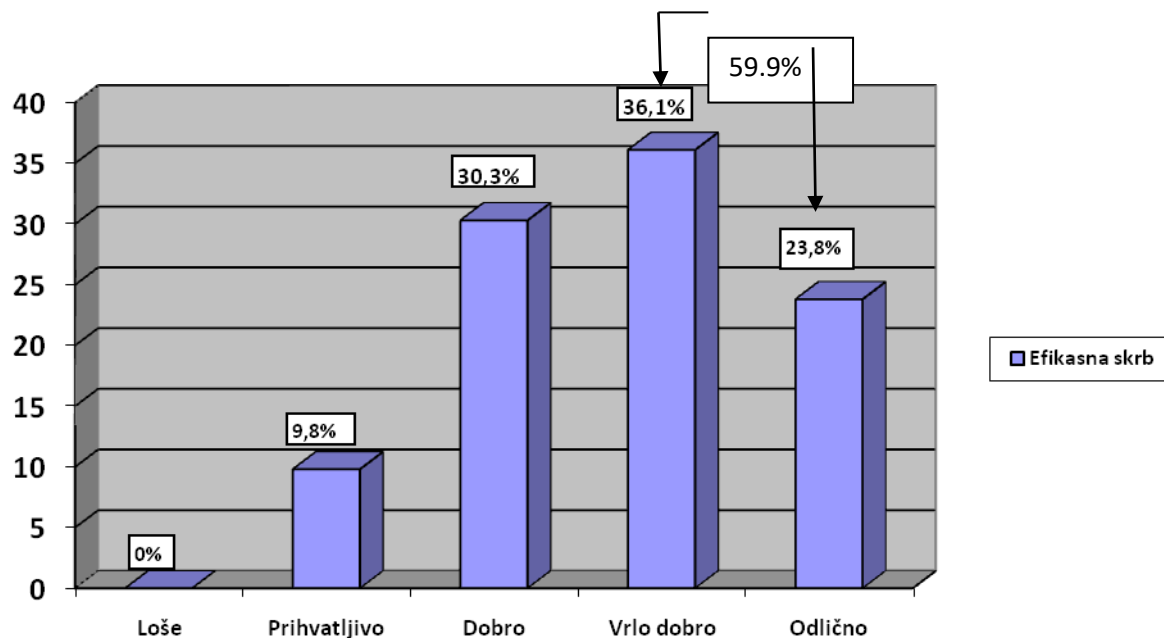
Slika 14. Učinkovita skrb - Skrb koja se temelji na znanstvenim dokazima.



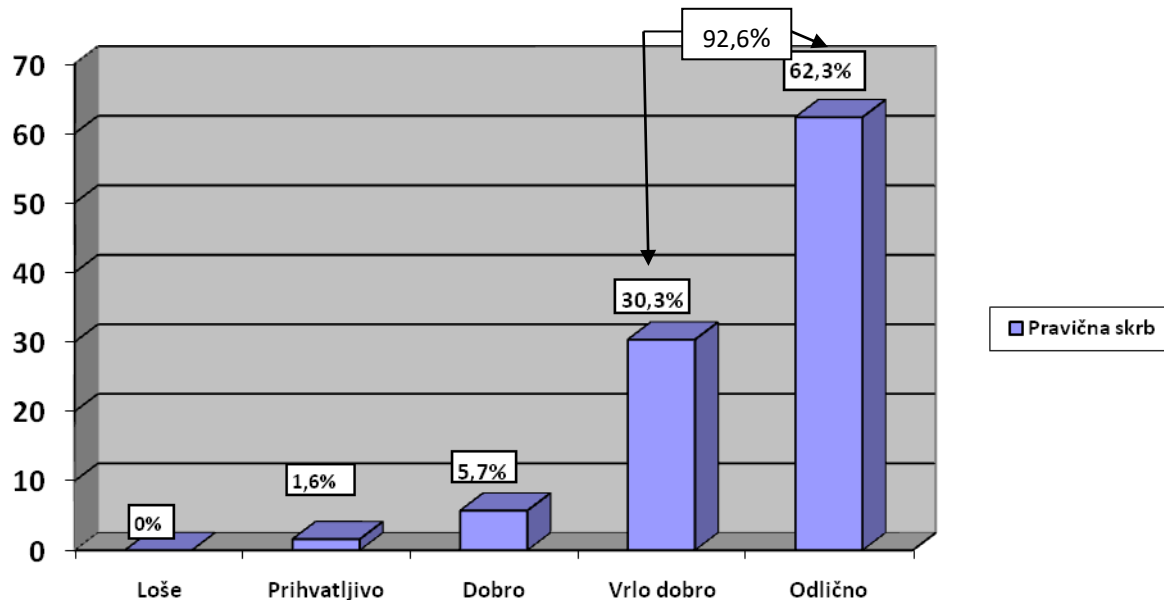
Slika 15. Pružena na vrijeme - Skrb koja minimalizira vrijeme čekanja i potencijalno opasno vrijeme odgode u postavljanju dijagnoze



Slika 16. Efikasna - Skrb s optimalnim odnosom uloženog i dobivenog (engl. *cost-effective*) (izbjegava nepotrebnu, prekomjernu i pogrešnu upotrebu zdravstvenih usluga).



Slika 17. Pravična - Osigurava jednaku kvalitetu skrbi svim osobama bez obzira na spol, rasnu pripadnost, etničku pripadnost, socioekonomski status, jezik, itd.

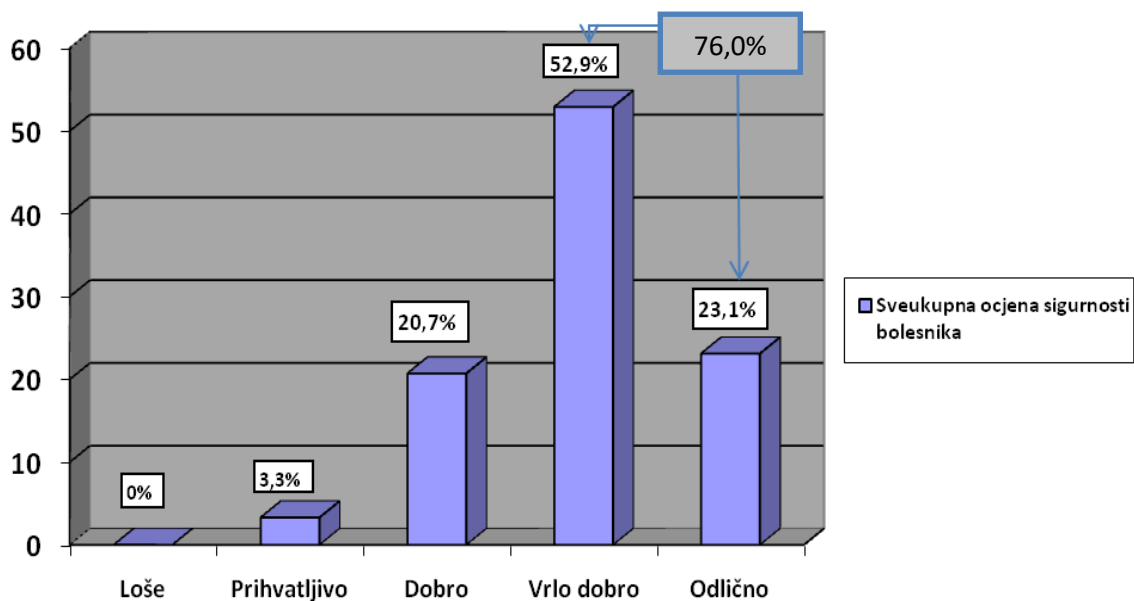


2.4.2. Sveukupna ocjena sigurnosti bolesnika

Najveći broj ispitanika (76,0%) sveukupnu sigurnost bolesnika ocijenio je ocjenom 4 (vrlo dobro) odnosno 5 (odlično) (Slika 18).

Slika 18. Sveukupna ocjena sigurnosti bolesnika

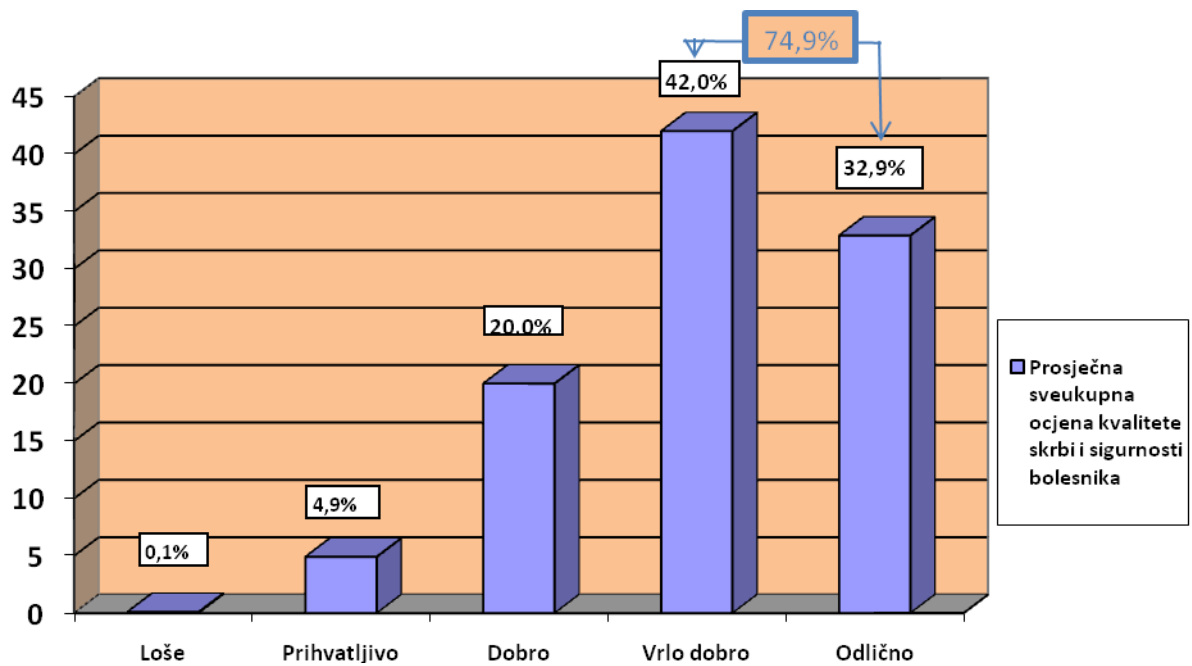
Općenito, kako biste ocijenili sustav i kliničke postupke koje Vaša ordinacija koristi kako bi spriječila, prepoznala i ispravila probleme koji mogu (negativno) utjecati na bolesnike?



2.4.3. Prosječna sveukupna ocjena kvalitete skrbi i sigurnosti bolesnika

Prosječna sveukupna ocjena kvalitete skrbi i sigurnosti bolesnika izračunata je kao prosjek postotaka odgovora na pet tvrdnji o kvaliteti skrbi i sveukupne ocjene sigurnosti bolesnika (Slika 19).

Slika 19. Prosječna sveukupna ocjena kvalitete skrbi i sigurnosti bolesnika



RASPRAVA

Sukladno rezultatima istraživanja, zdravstveni djelatnici u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj pozitivno ocjenjuju kulturu sigurnosti bolesnika u obiteljskoj medicini. Većina ispitanika (74,9%) ocijenila je ordinaciju u kojoj radi *prosječnom sveukupnom ocjenom kvalitete skrbi i sigurnosti bolesnika* ocjenom vrlo dobar (42,0%) i odličan (32,9%). Dimenzija upitnika *Ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi* također je iznimno dobro ocijenjena (83,7% pozitivnih odgovora) te se prema postotku pozitivnih odgovora nalazi na drugom mjestu od deset ispitivanih dimenzija.

Rezultati su usporedivi s rezultatima drugih istraživanja kulture sigurnosti bolesnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u kojima je korišten Upitnik o kulturi sigurnosti bolesnika u ordinaciji (MOSOPS). Navedena istraživanja provedena u PZZ u Španjolskoj, Portugalu i Yemenu također navode pozitivnu ukupnu ocjenu kulture sigurnosti bolesnika od strane zdravstvenih djelatnika (25-27).

Obzirom na ispitane elemente sigurnosti bolesnika možemo izdvojiti dobre strane prakse (engl. *area of strength*) i područja koja je potrebno unaprijediti (engl. *area with potential for improvement*). Kao **dobre strane prakse** u obiteljskoj medicini (kompozitni postotak pozitivnih odgovora >75%) izdvojile su se dimenzije: *Timski rad* (91,9%), *Ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi* (83,7%), *Komunikacija o pogreškama* (80,3%) i *Otvorenost u komunikaciji* (75,9%). **Područja koja je potrebno unaprijediti** prema rezultatima istraživanja (kompozitni postotak pozitivnih odgovora <50%) su: *Podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja* (45,8%) i *Pritisak na poslu i tempo rada* (34,4%).

Dobiveni rezultati su razumljivi i djelomično očekivani. Timski rad je oduvijek jača strana PZZ (4) te je također ova dimenzija najbolje ocijenjena i u ostalim istraživanjima kulture sigurnosti bolesnika u PZZ (25-27,30). Mali broj članova tima u PZZ osigurava dobru međusobnu suradnju, olakšanu komunikaciju i razumijevanje. Unutar dimenzije *Timski rad* najbolje je ocijenjena radna atmosfera: „U ovoj ordinaciji postoji dobra radna atmosfera između liječnika i osoblja“. Sa ovom tvrdnjom složilo se/u potpunosti se složilo 97,5% ispitanika te je ona ujedno i najbolje ocijenjena pojedinačna tvrdnja u cijelom upitniku. U radnoj zajednici gdje se članovi tima međusobno poštuju i pomažu jedni drugima (tvrdnje C1 i C5 u dimenziji *Timski rad*) za očekivati je da će i *Komunikacija o pogreškama* (liječnik i osoblje otvoreno razgovaraju o problemima i neželjenim događajima, a osoblje nema osjećaj

da im se pogreške predbacuju) i *Otvorenost u komunikaciji* (osoblje se potiče da postavlja pitanja i izražava različito mišljenje uključujući i neslaganje) također biti dobro ocijenjene. U prilog ovom zapažanju govore i rezultati istraživanja kako zaposlenici manjih praksi (3-15 zaposlenika) pozitivnije ocjenjuju kvalitetu skrbi i sigurnost bolesnika u odnosu na prakse s većim brojem zaposlenika (28).

Pozitivno ocijenjena dimenzija *Ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi* (kompozitni postotak pozitivnih odgovora 83,7%) kao i visoka *Prosječna sveukupna ocjena kvalitete skrbi i sigurnosti bolesnika* (74,9% ispitanika: ocjena vrlo dobar ili odličan) ukazuju kako su zdravstveni djelatnici u obiteljskoj medicini u ovom istraživanju zadovoljni kvalitetom skrbi koju pružaju svojim osiguranicima, kao i kulturom sigurnosti bolesnika. Također je u istraživanju kulture sigurnosti bolesnika u bolnicama u Hrvatskoj dimenzija *Ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi* značajno bolje ocijenjena u odnosu na uzorak ispitanika iz bolnica u SAD-u (29) te možemo zaključiti kako zdravstveni djelatnici na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite u Hrvatskoj pozitivno ocjenjuju kulturu sigurnosti bolesnika.

Bez obzira na visoku sveukupnu ocjenu sigurnosti bolesnika, neka su se područja izdvojila kao područja s potrebom za unaprjeđenje. Najlošije ocijenjena dimenzija *Pritisak na poslu i tempo rada* predstavlja element koji se izdvojio i u drugim istraživanjima kao jedna od najlošije ocijenjenih cjelina, upućujući da se radi o univerzalnom problemu koji je prisutan i u različitim sustavima zdravstvene zaštite (25-27,30). Dobiveni rezultati ovog istraživanja mogu se dijelom objasniti trendom smanjivanja ukupnog broja liječnika u djelatnosti opće/obiteljske medicine u Hrvatskoj u posljednjih deset godina i posljedično sve većim opterećenjem ordinacija obiteljske medicine koje, sukladno principu dostupnosti i sveobuhvatnosti skrbi, pružaju zdravstvenu zaštitu za najveći dio populacije Republike Hrvatske. U Hrvatskoj je 2002. godine u službi obiteljske medicine radilo 2420 liječnika, 2008. godine 2319 liječnika, a 2015. godine 2299 liječnika (6). U istom razdoblju prosječni broj osiguranika po liječniku porastao je sa 1615 na 1791 (6). Ulaskom Hrvatske u Europsku uniju 2013. godine otvorilo se novo tržište rada te određeni broj liječnika traži posao izvan granica Hrvatske, što doprinosi daljem povećanju opsega posla i opterećenju liječnika i zdravstvenog osoblja u sustavu. Prema podacima Hrvatske liječničke komore (HLK), značajan broj liječnika je pokrenuo postupak nostrifikacije stečenih kvalifikacija (31). Nadalje, prava pacijenata u Hrvatskoj u pogledu ostvarivanja zdravstvene zaštite također su visoka, bez jasno definiranih obveza. Iako Zakon o zdravstvenoj zaštiti (32) kaže da je svaka osoba dužna brinuti se o vlastitom zdravlju,

u praksi se dužnosti pacijenta u pogledu brige za vlastito zdravlje nedovoljno apostrofiraju. Istodobno sukladno principima dostupnosti i sveobuhvatnosti ZZ koju svim građanima Hrvatske jamči Ustav i Zakon o ZZ, ne postoji ograničenje broja posjeta bolesnika ambulantama PZZ, a taj broj dodatno raste potenciran nepovoljnom ekonomskom situacijom i povećanim udjelom socijalno-medicinskih problema u društvu. K tome je u stalnom porastu i administrativno opterećenje ordinacija i zdravstvenih djelatnika. Prema podacima Hrvatskog zdravstveno statističkog ljetopisa za 2015.godinu, 61% rada ordinacije u PZZ čini administracija (6). Administrativno osoblje kao dio tima obiteljske medicine mogao bi biti dio rješenja ovog problema.

Drugo područje koje bi trebalo unaprijediti je *Podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja*. Na tvrdnje iz ove cjeline upitnika odgovarali su isključivo ispitanici koji ne upravljaju financijama u ordinaciji u kojoj rade: djelatnici DZ i medicinske sestre/tehničari zaposleni kod liječnika koncesionara/privatnika (68% ispitanika). Ovdje je potrebno istaknuti kako uzorak ispitanika u ovom istraživanju obzirom na oblik poslovanja nije reprezentativan: manji je udio ugovornih liječnika u koncesiji u uzorku (36 od 68 liječnika; 52,9%) u odnosu na udio koncesionara u djelatnosti opće/obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj (oko 70%) (33). Razlog tome je prigodni uzorak istraživanja koji je uključio specijalizante obiteljske medicine (24 od 68 liječnika) koji su zaposlenici domova zdravlja, kao i dio njihovih mentora. Poteškoće u pogledu podrške od strane upravljačkih struktura navela su i druga europska istraživanja (25,26), što upućuje na činjenicu kako se radi o univerzalnom problemu unutar različitih sustava zdravstvene zaštite.

U cjelini A upitnika (koja nije obuhvaćena s 10 dimenzija koje su međusobno uspoređene) od pojedinačnih elemenata vezanih uz bolesnikovu sigurnost i kvalitetu skrbi najbolje je ocijenjena *dostupnost skrbi* (na tvrdnju: „Bolesnik se nije mogao naručiti za konzultaciju za akutan ili ozbiljan problem unutar 48 sati“; 93,1% ispitanika je odgovorilo da se to dogodilo nijednom/jednom ili dvaput u posljednjih 12 mjeseci). Prostorna (ordinacije obiteljske medicine raspoređene po cijelom teritoriju Republike Hrvatske) i vremenska dostupnost skrbi (smjenski rad, kućne posjete, dežurstva vikendom i blagdanima, pripravnosti, pravo svih građana na primarnu ZZ za hitna i akutna stanja, neograničen broj posjeta bolesnika liječniku) jedno je od temeljnih obilježja skrbi u obiteljskoj medicini u RH (34). Rezultati ovog istraživanja potvrđuju kako, sukladno procjeni zdravstvenog osoblja, pravo na dostupnost skrbi bolesnici i ostvaruju, a što zasigurno ima svoje pozitivne učinke na kvalitetu skrbi i sigurnost bolesnika. Osim dijagnostike i terapije, ostali elementi skrbi za bolesnika

(*Identifikacija bolesnika, Medicinska dokumentacija i Medicinska oprema*) također su dobro ocijenjeni, sa >70 % pozitivnih odgovora za sve tvrdnje ovih elemenata.

Najlošije ocijenjen element bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi u cjelini A upitnika je *liječenje*. Na tvrdnju vezanu uz propisivanje terapije: „Ljekarna je kontaktirala ordinaciju kako bi se pojasnio ili ispravio recept“, svega 20,8% ispitanika je odgovorilo kako se to dogodilo nijednom/jednom ili dvaput u posljednjih 12 mjeseci. Nadalje, tvrdnja „Lista trajne terapije nije bila obnovljena za vrijeme konzultacije bolesnika.“ također ima nizak postotak pozitivnih odgovora (42,5%). Loša ocjena navedene tvrdnje o potrebi kontaktiranja ordinacije od strane ljekarnika može se dijelom pripisati administrativnim poteškoćama s kojima se liječnici OM i ljekarnici susreću u svakodnevnom radu: promjene unutar Liste lijekova HZZO-a; promjena smjernica za propisivanje lijekova HZZO-a; promjena i novosti u informatičkom programu; pad informatičkog sustava; nedostatak internetske veze; nedostupnost lijeka na tržištu. Dio ispravaka recepata odnosi se međutim i na potencijalno opasne medikacijske pogreške koje je ljekarnik uočio i intervenirao: pogrešna doza lijeka; propisivanje neprimjerene kombinacije lijekova (interakcije, nuspojave). Ovdje je važno naglasiti potrebu za dobrom suradnjom liječnika i ljekarnika te širenje svijesti o kulturi sigurnosti bolesnika na svim razinama PZZ, uključujući ljekarništvo. Istraživanje iz 2015. u sklopu Linneaus Euro-PC projekta (LINNEAUS = Learning from International Networks about Errors and Understanding Safety in Primary Care) rezultiralo je zaključkom kako najveću ulogu u prevenciji pogrešaka prilikom propisivanja terapije imaju: 1. intervencije koje uključuju informatičku tehnologiju, te 2. interprofesionalna suradnja između liječnika obiteljske medicine i ljekarnika (35). Osim administrativnih razloga, moramo uzeti u obzir da i *Pritisak na poslu i tempo rada*, koji su se ovim istraživanjem pokazali kao loša strana prakse, također mogu znatno doprinijeti pogreškama u propisivanju terapije kao i u obnavljanju liste trajne terapije, koju liječnici uslijed velikog vremenskog pritiska ne stignu redovito ažurirati. Neredovitim obnavljanjem liste trajne terapije, sigurnost bolesnika može biti višestruko ugrožena: propisivanje istog generičkog lijeka pod dva različita zaštićena imena za posljedicu može imati uzimanje prekomjerne doze lijeka; nastavljeno propisivanje lijeka koji je bolesnik nekad uzimao, a sada je zbog promjene stanja lijek kontraindiciran i zamijenjen drugim, također može ugroziti bolesnika. Liječnici u istraživanju su evidentno kritični i svjesni ovih mogućih štetnih posljedica, što je vidljivo iz niskog udjela pozitivnih odgovora na ova pitanja. Kao dio informatičkih rješenja za pružanje sigurnije skrbi za bolesnika, naročito prilikom propisivanja terapije, svakako su i programi koji nude pomoć

prilikom donošenja kliničke odluke u obliku raznih upozorenja. Problem je što ih se obično pojavljuje previše pa se kod liječnika korisnika stvara zamor od diferenciranja klinički značajnih i klinički beznačajnih upozorenja. Medicinski programi koji pružaju pomoć prilikom donošenja kliničke odluke učinkovitiji su kada se fokusiraju na određeni broj najvažnijih lijekova, a pokazalo se da imaju veći utjecaj na uvođenje nove, preporučene terapije, nego na prekid neodgovarajuće, stare terapije (35). Budući da na razini PZZ upravo pogreške u propisivanju lijekova te pogreške u zakašnjoj ili propuštenoj dijagnozi najčešće rezultiraju ozbiljnim štetama za bolesnike, rješavanju ovoga problema trebalo bi se posebno posvetiti (12).

Analizirajući ocjenu *Dijagnostičkih postupaka* kao jednog od elemenata bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi u cjelini A upitnika, primjećuje se nesuglasje s odgovorima na tvrdnje unutar tog elementa. Tvrdnja A8: „Laboratorijski ili RTG nalaz nisu bili pravodobno dostupni“; ocijenjena je sa samo 38,1% pozitivnih odgovora, dok je tvrdnja: „Za kritičan patološki laboratorijski ili RTG nalaz nije se djelovalo unutar jednog radnog dana“; ocijenjena sa visokih 76,9% pozitivnih odgovora. Kako se prva tvrdnja odnosi na redoviti prijenos informacija unutar zdravstvenog sustava, a druga na kvalitetu pružene skrbi u situaciji koja je prepoznata kao vrlo rizična po sigurnost bolesnika, razlika u odgovorima govori u prilog postojećim poteškoćama u izmjeni informacija (loša ocjena cjeline B upitnika), usprkos kojima se međutim u kritičnoj situaciji na vrijeme djeluje kako sigurnost bolesnika ne bi bila narušena.

Cjelina B, *Izmjena informacija s ostalim ustanovama* je loše ocijenjena (tri od četiri tvrdnje imaju postotak pozitivnih odgovora <50%) a unutar te dimenzije najlošije je ocijenjena suradnja sa laboratorijem/RTG sa 44,5% pozitivnih odgovora. Tvrdnja A8 cjeline A: „Laboratorijski ili RTG nalaz nisu bili pravodobno dostupni“; sa također niskim postotkom pozitivnih odgovora (38,1%) potvrđuje da taj problem postoji. Brojna istraživanja bolesnikove sigurnosti u PZZ pokazuju da su upravo dijagnostički postupci najčešći razlog medicinskih pogrešaka i neželjenih događaja u PZZ (4,15,36). Loša ocijenjenost komunikacije sa ostalim ustanovama unatoč visoko ocijenjenoj komunikaciji među članovima tima, dokaz je kompleksnosti primarne ZZ u kojoj komunikacija nikada nije jednostrana niti jednosmjerna, već uvijek balansira između nadležnih ustanova, kolega u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, drugih zdravstvenih suradnika u primarnoj ZZ i samih bolesnika. Problemi sa izmjenom informacija sa drugim ustanovama kao i problemi sa preskripcijom lijekova i dobivanjem dijagnostičkih nalaza na vrijeme, mogu se dijelom pripisati i

informatizaciji koja je u hrvatskom zdravstvenom sustavu u razvoju. Iako je PZZ danas u Hrvatskoj u potpunosti informatizirana, svakodnevno se radi na usavršavanju i poboljšanju postojećih informatičkih rješenja. Također je započela i informatizacija SKZZ, a njeno je povezivanje sa PZZ na samom je početku. Krajnji cilj informatizacije svakako je olakšati rad svima uključenima u liječenje i pružanje skrbi bolesnicima. Istraživanja pokazuju da je taj proces dug i težak i u ostalim zemljama koje kroz njega prolaze te da informatizacija sama po sebi nije dovoljna, već da ona mora biti provedena smisleno i s jasnim ciljevima (37). Tek tada ona može rezultirati poboljšanjem i unaprjeđenjem kvalitete zdravstvene skrbi. McGuire i suradnici u svome istraživanju dolaze do zaključka da je implementacija elektroničkog zdravstvenog kartona u primarnu ZZ zahtijevala reorganizaciju prakse i procesa, ali je u konačnici rezultirala unaprjeđenjem kulture sigurnosti. Većina se liječnika PZZ u istraživanju složila da im je elektronički zdravstveni karton omogućio pružanje sigurnije i kvalitetnije skrbi za bolesnike (38).

Od ispitanih dimenzija kvalitete skrbi, ispitanici su najbolje ocijenili *pravičnost skrbi* (skrb koja osigurava jednaku kvalitetu skrbi svim osobama bez obzira na spol, rasnu pripadnost, etničku pripadnost, socioekonomski status, jezik, itd.) s 92,6% odgovora ocjenom 5-odličan i ocjenom 4-vrlo dobar, a najlošije je ocijenjena *efikasnost skrbi* (skrb s optimalnim odnosom uloženog i dobivenog (engl. *cost-effective*), skrb koja izbjegava nepotrebnu, prekomjernu i pogrešnu upotrebu zdravstvenih usluga) ocjenom 5-odličan i ocjenom 4- vrlo dobar zbirno u 59,9% odgovora. Ovi rezultati također ne iznenađuju. Prema Ustavu i Zakonu o ZZ, svim građanima Republike Hrvatske zajamčeno je jednako pravo na zdravstvenu skrb što osigurava pravičnost u ostvarivanju skrbi. S druge strane, uslijed nedostatne specijalističke edukacije koja još uvijek nije obuhvatila sve liječnike u OM, pomanjkanja nacionalnih stručnih smjernica i sve veći broj pravno-medicinskih tužbi, raste pritisak u pogledu provođenja defanzivne medicine. Usporedno s time raste stopa upućivanja u sekundarnu zdravstvenu zaštitu koja je u stalnom porastu od 1995.godine (od kada se prati) do 2006. godine kada prestaje rasti, ali i dalje ostaje visoka (25%) (6). Stoga ne iznenađuje loša ocjena ove dimenzije skrbi.

Osim područja koja su se pokazala potrebnim za unaprjeđenje (*Pritisak na poslu i tempo rada* i *Podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja*), pozornost treba obratiti i na pojedinačne tvrdnje koje su imale postotak pozitivnih odgovora <50%, neovisno o ispitivanoj dimenziji skrbi kojoj pripadaju. Tako je dimenzija *Unaprjeđenje organizacije temeljem naučenog* prema kompozitnom postotku pozitivnih

odgovora na petom mjestu u ukupnom poretku, sa visokih 69,5% pozitivnih odgovora, ali je tvrdnja unutar te dimenzije: „Nakon što smo u ordinaciju uveli promjene u svrhu unaprjeđenja skrbi za bolesnika, u ordinaciji se provodi evaluacija učinjenog“ pojedinačno ocijenjena sa 47,4% pozitivnih odgovora. Budući bez analize stanja nakon uvođenja promjena ne možemo znati koji je njihov stvarni učinak, to je svakako područje u kojem je potrebno unaprijediti obrazac rada kako bi se unaprijedila kvaliteta skrbi.

Unutar dimenzije *Praćenje skrbi za bolesnike* također se primjećuje razlika u odgovorima na dvije vrlo slične tvrdnje, D5 i D9. Iako su pitanja slična, tvrdnja D9 („U ovoj ordinaciji se aktivno prate bolesnici kod kojih je potreban kontinuirani nadzor zdravstvenog stanja“; 87,6% pozitivnih odgovora) ima gotovo dvostruko više pozitivnih odgovora od tvrdnje D5 („U ovoj ordinaciji se dokumentira koliko dobro kronični bolesnici ostvaruju svoj individualni plan liječenja“; 46,2% pozitivnih odgovora). Aktivna skrb za bolesnika predstavlja podijeljenu odgovornost liječnika i bolesnika za njegovu bolest, uključujući zajedničko planiranje praćenja kroničnog bolesnika i dolazak bolesnika u ordinaciju prema individualnom planu liječenja. Sukladno odgovorima ispitanika, u provođenju aktivne skrbi potrebno je unaprijediti sustavno bilježenje svih postupaka vezanih uz individualni plan liječenja bolesnika, a što predstavlja temeljni preduvjet procjene i osiguranja kvalitete skrbi.

Općenito, svih 14 tvrdnji koje su pojedinačno ocijenjene sa manje od 50% pozitivnih odgovora mogu se razvrstati u 4 najčešće skupine problema na području sigurnosti u PZZ (4):

- Postavljanje dijagnoze (A8: Laboratorijski nalaz ili RTG nalaz nisu bili pravodobno dostupni)
- Propisivanje lijekova (A6: Ljekarna je kontaktirala ordinaciju kako bi se pojasnio ili ispravio recept; A7: Lista trajne terapije nije bila obnovljena za vrijeme konzultacije bolesnika)
- Problemi komunikacije (B1: Izmjena informacija s laboratorijem/RTG; B3: Izmjena informacija s ljekarnama; B4: Izmjena informacija s bolnicama)
- Organizacijski elementi (C3: U ovoj ordinaciji često osjećamo pritisak zbog nedostatka vremena u pružanju skrbi za bolesnika; C6: Imamo prevelik broj bolesnika u skrbi obzirom na broj liječnika u ordinaciji; C14: Ordinacija ima previše bolesnika u skrbi za njihovo učinkovito zbrinjavanje; D5: U ovoj ordinaciji se dokumentira koliko dobro kronični bolesnici ostvaruju svoj individualni plan liječenja; E1: Vlasnici

ordinacije/nositelji ordinacije u koncesiji/voditelji prakse ne ulažu dovoljno sredstava u unaprjeđenje kvalitete skrbi u ovoj ordinaciji; E2: Vlasnici ordinacije/nositelji ordinacije u koncesiji/voditelji prakse previđaju neželjene događaje u skrbi za bolesnike koji se stalno ponavljaju; E4: Vlasnici ordinacije/nositelji ordinacije u koncesiji/voditelji prakse prečesto donose odluke koje su u interesu ordinacije, a ne bolesnika; F7: Nakon što smo u ordinaciju uveli promjene u svrhu unaprjeđenja skrbi za bolesnika, u ordinaciji se provodi evaluacija učinjenog.)

Najviše negativno ocijenjenih tvrdnji može se svrstati u organizacijske probleme. Ovi rezultati mogu se objasniti brojnim organizacijskim poteškoćama koji se javljaju u tijeku reforme zdravstvenog sustava u našoj zemlji.

Zbog malog broja europskih rezultata istraživanja sa MOSOPS upitnikom, rezultati ovog istraživanja uspoređeni su sa američkom bazom podataka koju čine rezultati MOSOPS upitnika preko 900 liječničkih ordinacija i skoro 24000 zdravstvenih djelatnika primarne zdravstvene zaštite (30). Ispitanici u Americi su također zadovoljni kulturom sigurnosti, no *Prosječna sveukupna ocjena kvalitete skrbi i sigurnosti bolesnika u Hrvatskoj* (74,9% odgovora „vrlo dobar“ i „odličan“) je nešto viša nego u Americi (65% odgovora „vrlo dobar“ i „odličan“). Od deset ispitivanih dimenzija *Timski rad* je na prvom mjestu po kompozitnom postotku pozitivnih odgovora i u Hrvatskoj (91,9% pozitivnih odgovora) i u Americi (84% pozitivnih odgovora), a također i najlošije ocijenjena dimenzija skrbi u obje zemlje je ista, *Pritisak na poslu i tempo rada* (Hrvatska 34,4%, Amerika 46%). Uz *Timski rad*, kao dobra strana prakse u američkoj bazi podataka ocijenjena je još jedino dimenzija *Praćenje skrbi za bolesnike* sa 82% pozitivnih odgovora. Upravo kod te dimenzije primijećena je velika razlika u ocjeni u ovom istraživanju (sa 63,5% pozitivnih odgovora ova dimenzija je prema rezultatima na osmom mjestu u ukupnom poretku) u odnosu na američku bazu podataka. Još je jedna dimenzija skrbi ocijenjena znatno različito, a to je *Podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja* koja prema rezultatima spada u područje koje je u Hrvatskoj potrebno unaprijediti, sa 39,9% pozitivnih odgovora, dok se u američkim rezultatima nalazi na šestom mjestu u ukupnom poretku sa 67% pozitivnih odgovora. Ostale dimenzije iz upitnika ocijenjene su s malim razlikama u postocima pozitivnih odgovora. Razlike u rezultatima ovog istraživanja u usporedbi sa američkom bazom podataka mogu se objasniti različitom organizacijom primarne zdravstvene zaštite i cijelog zdravstvenog sustava u ove dvije zemlje, a mora se naravno uzeti u obzir i da je američka baza podataka rezultat puno većeg uzorka i stoga reprezentativnija u procjeni

sveukupnog mišljenja zdravstvenih djelatnika u primarnoj ZZ u Americi. Zahvaljujući tako velikoj bazi podataka MOSOPS upitnik se koristi za ispitivanje korelacijskih odnosa među željenim varijablama. Tako je prema Gormanu i suradnicima (28) na uzorku od 6534 ispitanika percepcija kvalitete i sigurnosti bolesnika najveća u malim praksama (3-15 zaposlenih), a povezanost između percepcije kvalitete i sigurnosti sa vlasništvom prakse nije pronađena, kao ni sa implementacijom informacijske tehnologije. Ovakva upotreba MOSOPS upitnika može biti korisna u planiranju strategije poboljšanja kvalitete skrbi u primarnoj ZZ.

Slična istraživanja kulture sigurnosti bolesnika u PZZ na području Europe provedena su u Turskoj, ali upotrebom HSOPS upitnika (Hospital Survey on Patient Safety Culture), koji je dizajniran također od strane AHQR, za bolničku primjenu. U Turskoj su ga u nedostatku drugih alata za izvanbolničku ZZ primijenili u PZZ na uzorku od 180 ispitanika (MOSOPS upitnik objavljen je tek 2008.). Rezultati su pokazali prema postotku pozitivnih odgovora da su dobre strane prakse kao i u Hrvatskoj: *Timski rad na odjelima* (76%) i *Ukupna precepcija sigurnosti* (59%). Područja s najmanjim postotkom pozitivnih odgovora međutim su: *Učestalost prijave neželjenih događaja* (12%) i *Nekažnjivi odgovor na pogrešku* (18%). U našem istraživanju, komunikacija o pogreškama je ocijenjena sa visokih 80,35% pozitivnih odgovora dok je zaključak turskog istraživanja da se u poboljšanju kulture sigurnosti naglasak treba staviti na poticaj prijave pogrešaka od strane osoblja bez straha od kazne (39).

Osim u Turskoj, HSOPS upitnik je validiran i uz manje izmjene prilagođen upotrebi i u drugim europskim zemljama: Nizozemska, Belgija, Slovenija a 2013. i u Hrvatskoj (40, 41, 42, 43), te se u Belgiji i Sloveniji već koristi za mjerenje kulture sigurnosti u bolnicama (41, 42). U obje zemlje rezultati pokazuju nisku kulturu sigurnosti i izdvajaju područja koja treba unaprijediti. Dok se istraživanja o kulturi sigurnosti u SKZZ već uveliko provode i u Europi, istraživanja ove teme u PZZ tek su u začetku. Tako je MOSOPS upitnik validiran prema literaturi jedino u Španjolskoj (44), te se na temelju njega istraživanja već provode (26). Linneaus Euro-PC projekt preporučuje MOSOPS upitnik kao jedan od dva postojeća alata za procjenu bolesnikove sigurnosti koja su se u praksi pokazali kao najkorisnijima pa će u budućnosti njegova upotreba vjerojatno još više porasti (45). Kako se ovo istraživanje pokazalo korisnim za procjenu kulture sigurnosti bolesnika u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj, u budućnosti bi bilo optimalno provesti ga na reprezentativnom uzorku većeg broja ispitanika te ispitati korelacijske odnose među ispitivanim varijablama.

ZAKLJUČAK

Zdravstveni djelatnici u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj pozitivno ocjenjuju kulturu sigurnosti bolesnika u obiteljskoj medicini.

Prema mišljenju ispitanika izdvojile su se dobre strane prakse: *Timski rad, Ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi, Komunikacija o pogreškama i Otvorenost u komunikaciji*; i područja koja je potrebno unaprijediti: *Podrška od strane vlasnika/partnera/voditelja prakse* te *Pritisak na poslu i tempo rada*. Također postoji prostor za unaprjeđenje kvalitete skrbi i sigurnosti bolesnika obzirom na pravodobnu i točnu izmjenu informacija s ostalim dionicima unutar zdravstvenog sustava (laboratorij, RTG, ljekarnici).

Obzirom na ostvarenu kvalitetu skrbi, ispitanici skrb procjenjuju kao pravičnu, usmjerenu bolesniku, pruženu na vrijeme i učinkovitu, no nedovoljno efikasnu. Većina loše ocijenjenih tvrdnji može se svrstati u organizacijske elemente bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi.

Zdravstveni djelatnici, koliko god bili stručni u svome području, mogu pogriješiti u donošenju odluka važnih za pacijente. Iako nikome nije namjera nekoga ozlijediti ili učiniti pogrešku, složenost procesa, tehnologije i međuljudskih odnosa te njihov međusobni odnos u modernoj medicini, nesumnjivo nosi rizik nastajanja pogrešaka u odlučivanju i djelovanju (17). Neželjeni događaji međutim mogu nastati i neovisno o individualnoj odgovornosti liječnika. Oni mogu biti i posljedica organizacije sustava u kojem pojedini liječnik djeluje. Prevencija neželjenih i potencijalno štetnih događaja stoga mora imati dva smjera: putem zdravstvenog osoblja i putem organizacije zdravstvenog sustava. Sustav bi trebao podupirati prijavu prepoznatih pogrešaka i učenje na njima, odnosno poticati razvoj „kulture bez optuživanja“ (engl. *no blame culture*)(4) koja predstavlja temelj daljnjem razvoju kulture sigurnosti bolesnika.

SAŽETAK

Uvod: Pozitivna kultura sigurnosti bolesnika unutar zdravstvene ustanove podrazumijeva zajednički sustav vrijednosti, usuglašenih pravila i obrazaca ponašanja zdravstvenih djelatnika koji sigurnost bolesnika postavljaju za jedan od najviših prioriteta u svakodnevnom radu. Razvijena kultura sigurnosti predstavlja temeljni preduvjet sigurne medicinske prakse.

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi kako zdravstveni djelatnici u obiteljskoj medicini (OM) u Hrvatskoj procjenjuju kulturu sigurnosti bolesnika u obiteljskoj medicini.

Metode i ispitanici: Presječnim istraživanjem na uzorku liječnika (N=90) i medicinskih sestara/zdravstvenih tehničara (N=90) zaposlenih u djelatnosti OM prikupljeni su podaci o sociodemografskim i profesionalnim značajkama ispitanika, podaci o značajkama prakse te podaci o procijenjenim elementima kulture sigurnosti bolesnika u ordinaciji OM (Upitnik o kulturi sigurnosti bolesnika u ordinaciji, engl. *Medical Office Survey on Patient Safety Culture, MOSOPS*).

Rezultati: Od 122 ispitanika (55,7% liječnika, 44,3% medicinskih sestara; stopa odgovora 67,8%), većina ispitanika (74,9%) ocijenila je ordinaciju u kojoj radi sa *prosječnom sveukupnom ocjenom kvalitete skrbi i sigurnosti bolesnika* vrlo dobar (42,0%) i odličan (32,9%). Kao dobre strane prakse u obiteljskoj medicini (kompozitni postotak pozitivnih odgovora >75%) izdvojile su se: *Timski rad* (91,9%), *Ukupna percepcija bolesnikove sigurnosti i kvalitete skrbi* (83,7%), *Komunikacija o pogreškama* (80,4%) i *Otvorenost u komunikaciji* (75,9%). Područja koja je potrebno unaprijediti (kompozitni postotak pozitivnih odgovora <50%) sukladno rezultatima istraživanja uključuju: *Podrška od strane vlasnika/partnera/nositelja ordinacije u koncesiji/rukovoditelja* (39,9%) i *Pritisak na poslu i tempo rada* (34,4%).

Zaključak: Zdravstveni djelatnici u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj pozitivno ocjenjuju kulturu sigurnosti bolesnika u obiteljskoj medicini. Rezultati istraživanja identificirali su elemente dobre prakse te područja koja je potrebno unaprijediti u svrhu unaprjeđenja kulture sigurnosti bolesnika u OM u Hrvatskoj.

SUMMARY

Evaluation of patient safety culture by health care professionals in family medicine in Republic of Croatia

Background: A positive patient safety culture consists of the shared norms, values and behavior patterns of the healthcare professionals that guide them toward viewing patient safety as one of their highest priorities. A strong safety culture is an essential element of safe medical practice.

The *aim* of this study was to assess patient safety attitudes of healthcare professionals in family medicine (FM) in Croatia.

Methods: A cross-sectional study on a sample of physicians (N=90) and nurses (N=90) working in the FM service has been conducted. Data on respondents' demographic and professional characteristics, practice characteristics and elements of perceived patient safety culture in FM offices (*Medical Office Survey on Patient Safety Culture, MOSOPS*) has been collected.

Results: Out of 122 respondents (55.7% physicians, 44.3% nurses; response rate 67.8%), most respondents (74,9%) gave their medical office an *Average overall quality and patient safety rating* of very good (42,0%) or excellent (32,9%). Following composites were identified as areas of strength for the medical offices (average percent positive response for the composite >75%): *Teamwork* (91,9%), *Overall Perceptions of Patient Safety and Quality*(83,7%), *Communication About Error*(80,4%) and *Communication Openness*(75,9%). Two composites were identified as areas for improvement (average percent positive response for the composite <50%): *Owner/Managing Partner/Leadership Support for Patient Safety* (39,9%) and *Work Pressure and Pace* (34,4%).

Conclusion: Healthcare professionals in family medicine (FM) in Croatia positively evaluated patient safety culture in FM. The study results have identified potential areas of strength and areas needing improvement regarding patient safety culture in FM in Croatia.

LITERATURA:

1. Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Rječnik bolesnikove sigurnosti, prijevod s engleskog jezika na hrvatski uz dozvolu autora. Zagreb, Hrvatsko društvo za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite Hrvatskog liječničkog zbora, 2007. Dostupno na: http://www.akaz.ba/Fokus/Sigurnost/Dokumenti/hrvatski_WP4_Vocabulary.pdf Pristupljeno: 28. travnja 2013. godine.
2. Mesarić J, Kaić-Rak A. Bolesnikova sigurnost, bolesnik u središtu i programi Svjetske zdravstvene organizacije. *Medix* 2010; 86: 111-114.
3. Dorien LM Zwart, Maaïke Langelaan, Rosalinde C van de Vooren, et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Family Practice* 2011; 12:117.
4. Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. *BMJ* 2002; 324: 587-7.
5. Gandhi TK, Lee TH. Patient safety beyond the hospital. *N Engl J Med.* 2010; 363: 1001-3.
6. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2015.g. Zagreb, 2016.
7. Elder Nancy C, Dovey Susan M. Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature. *J Fam Pract* 2002; 51:927-932.
8. Dovey S M, Meyers D S, Phillips Jr R L, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:233–238
9. Fischer G, Fetters MD, Munro AP, Goldman EB. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. *J Fam Pract* 1997; 45:40-46.
10. Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study. *Med J Austr* 1998; 169:73-76.
11. Vincent C, Davey S, Esmail A, Neale G, Elstein M, Firth Cozens J, et al. Learning from litigation: An analysis of claims for clinical negligence. *J Eval Clin Pract.* 2004;12:665-74
12. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, Javad S, Netuveli G, Larizgoitia I, Donaldson LJ, Bates DW, Sheikh A. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2016 Jul; 25(7):544-53

13. Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crighton E, Drummond N. Medical errors in primary care: results of an international study of family practice. *Can Fam Physician*. 2005 Mar; 51:386-7).
 14. Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. *BMJ* 2002; 324: 587-7.
 15. Sanders J. Recent developments in patient safety in primary care. *Qual Prim Care* 2007; 15: 165-7.
 16. Spencer R, Campbell SM. Tools for primary care patient safety: a narrative review. *BMC Fam Pract*. 2014 Oct 26;15:166
 17. Golubić Čepulić Branka. Izvor grešaka i njihova kontrola: Model upravljanja neželjenim događajima u kliničkoj transfuziologiji/doktorska disertacija/. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2011.
 18. Joesten L, et al. Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *J Pat Saf* 2015; 11:73-78
 19. Chaneliere M, Jacquet F, Occelli P, Touzet S, Syranian V, Colin C. Assessment of patient safety culture: what tools for medical students? *BMC Med Educ* 2016 Sep 29;16(1):255
 20. Kassam A, Sharma N, Harvie M, O'Beirne M, Toops M. Patient safety principles in family medicine residency accreditation standards and curriculum objectives: implications for primary care. *Can Fam Physician* 2016 Dec; 62(12):e731-739)
 21. Zwart DLM, et al. Patient safety culture measurement in general practice: Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Fam Pract* 2011; 12:117
 22. Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Dostupno na: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/mosurvindex.htm>.
- Pristupljeno: 20. siječnja 2013. godine.
23. Translation Guidelines for the AHRQ *Surveys on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Dostupno na: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/resources/transguide.pdf>. Pristupljeno: 20. siječnja 2013. Godine

24. Sorra J, Franklin M, Streagle S, Dyer N. Development, pilot testing, and psychometric analysis of the Medical Office Survey on Patient Safety Culture. AHRQ publication no. 08(09)-0059. Rockville, MD: Westat; 2008.
25. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Silvestre-Busto C, Agra-Varela Y, Maderuelo-Fernández JÁ. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? *European Journal of Public Health*, Vol. 25, No. 5, 781–787
26. Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS. Patient safety culture in Family practice residents of Galicia. *Aten Primaria*. 2017; 49(6):343-350.
27. Webair HH, Al-Assani SS, Al-Haddad RH, Al-Shaeeb WH, Bin Selm MA, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam Pract*. 2015 Oct 13;16:136).
28. Gorman PN, O'Malley JP, Fagnan LJ. The relationship of self-report of quality to practice size and health information technology. *J Am Board Fam Med* 2012;25:614-624
29. Šklebar I, Mustajbegović J, Šklebar D, Cesarik M, Milošević M, Brborović H, Šporčić K, Petrić P, Husedžinović I. How to Improve Patient Safety Culture in Croatian Hospitals? *Acta Clin Croat*. 2016 Sep;55(3):370-380
30. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, et al. Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2012 user comparative database report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290200710024C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2012. AHRQ Publication No.12-0052.
31. <https://www.hlk.hr>
32. Narodne novine 70/16. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Zagreb, 2016.
33. Katić M., Švab I. et al., *Obiteljska medicina*, Zagreb, Alfa d.d., 2013.
34. Narodne novine 150/08. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Zagreb, 2008. Čl.14.
35. Lainer M., Vögele A, Wensing M, Sönnichsen A. Improving medication safety in primary care. A review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract* 2015 Sep; 21 suppl:14-18.
36. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract* 2003; 20: 231-36.

37. Avery AJ, Savelyich BS, Teasdale S. Improving the safety features of general practice computer systems. *Inform Prim Care*. 2003; 11(4): 203-6.
38. McGuire MJ, Noronha G, Samal L, Yeh HC, Crocetti S, Kravet S. Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system. *J Gen Intern Med*. 2013 Feb; 28(2):184-92
39. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*. 2009 Oct;21(5):348-55
40. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, et al. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2008 Nov 7;8:230.
41. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, et al. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur*. 2007;20(7):620-32
42. Robida A. Perception of patient safety culture in Slovenian acute general hospitals. *Zdrav Vestn* 2013; 82: 648–60.
43. Brborović H, Šklebar I, Brborović O, et al. Development of a Croatian version of the US Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire: dimensionality and psychometric properties. *Postgrad Med J*. 2014;90:125–132
44. Torijano-Casalengua ML1, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, et. al. Validation of a questionnaire to assess patient safety culture in Spanish Primary Health Care professionals. *Aten Primaria*. 2013 Jan;45(1):21-37
45. Parker D, Wensing M, Esmail A, Valderas JM. Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. *Linneaus collaboration on patient safety in primary care*. *European Journal of General Practice*, 2015 Sep; 21 suppl:26-30.

ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime: Ivana Orlić Neretljak

Datum i mjesto rođenja: 17.04.1982., Sremska Mitrovica, Republika Srbija

Adresa: Bukovačka cesta 103a, Zagreb

E-mail: ivana_orlic@hotmail.com

Broj telefona: 091 585 3217

Obrazovanje

Od 12/2012.- u tijeku: specijalističko usavršavanje iz obiteljske medicine

01/2018: stručna razmjena (LOVAH Conference exchange), Utrecht, Nizozemska

09/2013. tečaj: Salzburg Duke Seminars in Family Medicine, American Austrian Foundation and Open Society Institute Austria

12/2012-06/2013. Sveučilišni poslijediplomski specijalistički studij Obiteljska medicina, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

09/2007. studentska stručna razmjena, odjel intenzivne medicine, Sveučilišna bolnica Eppendorf, Hamburg, Njemačka

08/2006. studentska stručna razmjena, odjel pedijatrije, bolnica Dona Estefania Lisabon, Portugal

2001.- 2007.. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

1999.-2001. United world colleges (UWC) of the Adriatic, Duino, Italija

1997.-1999. Gimnazija dr. Antuna Barca, Crikvenica

Radno iskustvo

Od 03/2009.- Dom zdravlja Zagreb Centar

03/2009. – Ambulanta opće medicine dr. Koraljka Marušić, liječnik na zamjeni

01/2009. – Ambulanta opće medicine dr. Ivančica Topličan, liječnik na zamjeni

09/2007.- 09/2008. - Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju THALASSOTHERAPIA Crikvenica, liječnik pripravnik

Upitnik o kulturi sigurnosti bolesnika u ordinaciji

UPUTE ZA KORIŠTENJE UPITNIKA

Razmislite o načinu na koji se radi u Vašoj ordinaciji i iznesite svoje mišljenje o čimbenicima koji utječu na ukupnu sigurnost i kvalitetu skrbi za bolesnike u Vašoj ordinaciji.

U ovom upitniku izraz **liječnik** se odnosi na zdravstvene djelatnike koji postavljaju dijagnozu, liječe bolesnike i propisuju lijekove. Izraz **osoblje** se odnosi na ostale zaposlenike u ordinaciji.

- Ukoliko se pitanje ne odnosi na Vas ili ne znate odgovor, označite “Nije primjenjivo / ne znam”.
- Ukoliko radite u više od jedne ordinacije ili lokacije unutar zdravstvene ustanove, pri ispunjavanju upitnika odgovarajte vezano samo uz ordinaciju u kojoj ste primili ovaj upitnik – ne za čitavu zdravstvenu ustanovu.
- Ukoliko se vaša ordinacija nalazi u zgradi sa drugim ordinacijama, odgovarajte vezano samo uz ordinaciju u kojoj Vi radite – nemojte odgovarati u ime bilo koje druge ordinacije unutar zgrade.

CJELINA A: Elementi vezani uz bolesnikovu sigurnost i kvalitetu skrbi

U tekstu koji slijedi opisane su situacije koje se mogu dogoditi u ordinaciji, a koje utječu na bolesnikovu sigurnost i kvalitetu skrbi. **Prema Vašoj procjeni, koliko često su se sljedeće situacije događale u Vašoj ordinaciji U PROTEKLIH 12 MJESECI?**

Dostupnost skrbi	Svakodnevno ▼	Svaki tjedan ▼	Svaki mjesec ▼	Nekoliko puta u proteklih 12 mjeseci	Jednom ili dvaput u proteklih 12	Nijednom u proteklih 12 mjeseci ▼	Nije primjenjivo / ne znam ▼
1. Bolesnik se nije mogao naručiti za konzultaciju za akutan ili ozbiljan problem unutar 48 sati	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Identifikacija bolesnika							
2. U skrbi za bolesnika korišten je pogrešan zdravstveni karton ili medicinska dokumentacija	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Medicinska dokumentacija							
3. Bolesnikov zdravstveni karton ili medicinska dokumentacija nisu bili dostupni u trenutku kad su trebali....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
4. Medicinski podaci su bili pohranjeni, skenirani ili uneseni u zdravstveni karton / medicinsku dokumentaciju pogrešnog bolesnika	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Medicinska oprema							
5. Medicinska oprema je bila neispravna ili ju je trebalo popraviti, odnosno zamijeniti..	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Liječenje							
6. Ljekarna je kontaktirala ordinaciju kako bi se pojasnio ili ispravio recept	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
7. Lista trajne terapije nije bila obnovljena za vrijeme konzultacije bolesnika.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Dijagnostički postupci							
8. Laboratorijski nalaz ili RTG nalaz nisu bili pravodobno dostupni	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
9. Za kritičan <u>patološki</u> laboratorijski ili RTG nalaz nije se djelovalo unutar jednog radnog dana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉

CJELINA B: Izmjena informacija s ostalim ustanovama

U posljednjih 12 mjeseci, koliko često je Vaša ordinacija imala problema u izmjenjivanju točnih, potpunih i pravodobnih informacija s:

	Svakodnevno ▼	Svaki tjedan ▼	Svaki mjesec ▼	Nekoliko puta u proteklih 12 mjeseci ▼	Jednom ili dvaput u proteklih 12 mjeseci ▼	Nijednom u proteklih 12 mjeseci ▼	Nije primjenjivo / ne znam ▼
1. Laboratorijem / RTG?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
2. Drugim ordinacijama / konzilijarnim liječnicima?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
3. Ljekarnama?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
4. Bolnicama?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
5. Ostalima? (Navedite): _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉

CJELINA C: Rad u Vašoj ordinaciji

Koliko se slažete, odnosno ne slažete s navedenim tvrdnjama?	U potpunosti se ne slažem ▼	Ne slažem se ▼	Niti se slažem, niti se ne slažem	Slažem se ▼	U potpunosti se slažem ▼	Nije primjenjivo/ ne znam ▼
1. Kad je netko u ovoj ordinaciji jako zauzet, ostali mu pomažu.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. U ovoj ordinaciji postoji dobra radna atmosfera između liječnika i osoblja	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. U ovoj ordinaciji često osjećamo pritisak zbog nedostatka vremena u pružanju skrbi za bolesnika.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. U ovoj ordinaciji osoblje prolazi poduku prije uvođenja novih postupaka	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. U ovoj ordinaciji međusobno poštujemo jedni druge.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. Imamo prevelik broj bolesnika u skrbi obzirom na broj liječnika u ordinaciji.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. U ovoj ordinaciji osoblje dobiva izobrazbu potrebnu za svoje radno mjesto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
8. Ova ordinacija nije dovoljno organizirana.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
9. U ordinaciji imamo učinkovite postupke za provjeru je li sve učinjeno kako treba	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
10. U ovoj ordinaciji se od osoblja očekuje da obavlja poslove za koje nisu osposobljeni	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
11. Imamo dovoljno osoblja za zbrinjavanje bolesnika u skrbi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
12. U ovoj ordinaciji imamo problema s obavljanjem posla na vrijeme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
13. U ovoj ordinaciji je naglašen timski rad u zbrinjavanju bolesnika.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
14. Ordinacija ima previše bolesnika u skrbi za njihovo učinkovito zbrinjavanje	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
15. Osoblje u ovoj praksi slijedi standardizirane postupke kako bi obavilo zadatke.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

CJELINA D: Komunikacija i praćenje

Koliko često se sljedeće situacije događaju u Vašoj ordinaciji?	Nikad ▼	Rijetko ▼	Ponekad ▼	Većinu vremena ▼	Uvijek ▼	Nije primjenjivo/ ne znam ▼
1. Liječnici su otvoreni prema idejama osoblja za unaprjeđenje rada u ordinaciji	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. U ovoj ordinaciji osoblje se potiče da izražava različito mišljenje.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Bolesnike u skrbi se podsjeća kad se trebaju naručiti za preventivni pregled ili redovitu konzultaciju	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Osoblje se ne usuđuje postavljati pitanja kad nešto nije kako treba.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. U ovoj ordinaciji se dokumentira koliko dobro kronični bolesnici ostvaruju svoj individualni plan liječenja.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. U ovoj ordinaciji se istražuje ukoliko se ne primi nalaz iz vanjske ustanove koji se očekuje.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. Osoblje ima osjećaj kako im se pogreške predbacuju	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
8. Liječnik i osoblje otvoreno razgovaraju o problemima u ordinaciji	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
9. U ovoj ordinaciji se aktivno prate bolesnici kod kojih je potreban kontinuirani nadzor zdravstvenog stanja.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
10. U ovoj ordinaciji je teško izreći neslaganje	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
11. U ovoj ordinaciji se raspravlja o pogreškama kako se ne bi ponovile	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
12. Osoblje je spremno izvijestiti o neželjenom događaju koji su primijetili u radu ordinaciji	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

CJELINA E: Podrška od strane vlasnika / partnera / nositelja ordinacije u koncesiji / rukovoditelja

Jeste li vlasnik ordinacije, partner, nositelj ordinacije u koncesiji ili rukovoditelj ustanove odgovoran za donošenje financijskih odluka u ovoj ordinaciji?	<input type="checkbox"/> ₁ Da → (Preskočite na Cjelinu F) <input type="checkbox"/> ₂ Ne → (Odgovorite na pitanja 1-4)					
<u>U kojoj se mjeri slažete, odnosno ne slažete sa sljedećim tvrdnjama koje se odnose na vlasnike ordinacije / partnere / nositelje ordinacije u koncesiji / rukovoditelje ustanove ordinacije u kojoj radite?</u>	U potpunos ti se ne slažem ▼	Ne slaže m se ▼	Niti se slaže m niti se ne slaže m ▼	Slaže m se ▼	U potpunos ti se slažem ▼	Nije primjenjivo/ ne znam ▼
1. Ne ulažu dovoljno sredstava u unaprjeđenje kvalitete skrbi u ovoj ordinaciji.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Previđaju neželjene događaje u skrbi za bolesnike koji se stalno ponavljaju.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Unaprjeđenje procesa skrbi za bolesnike im je iznimno važno.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Prečesto donose odluke koje su u interesu ordinacije, a ne bolesnika	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

CJELINA F: Vaša ordinacija

Koliko se slažete, odnosno ne slažete s navedenim tvrdnjama?	U potpunosti se ne slažem ▼	Ne slažem se ▼	Niti se slažem niti se ne slažem ▼	Slažem se ▼	U potpunosti se slažem ▼	Nije primjenjivo/ ne znam ▼
1. Kad se u našoj ordinaciji pojavi problem, razmislimo trebamo li promijeniti način rada ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Naš proces rada u ordinaciji je dobar u prevenciji neželjenih događaja koji mogu utjecati na bolesnika	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. U ovoj ordinaciji neželjeni događaji se događaju češće nego što bi trebali.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Samo zahvaljujući sreći se neželjeni događaji koji imaju posljedice za bolesnike ne događaju češće	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. U ovoj ordinaciji smo uspješni u mijenjanju procesa rada kako bismo bili sigurni da se isti problem neće ponoviti.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. U ovoj ordinaciji je važnije napraviti više posla nego pružiti kvalitetnu skrb	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. Nakon uvođenja promjena u svrhu unaprjeđenja skrbi za bolesnika, u ordinaciji se provodi evaluacija učinjenog	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

CJELINA G: Sveukupna ocjena

Sveukupna ocjena kvalitete skrbi

Kako biste općenito ocijenili svoju ordinaciju obzirom na sljedeće domene kvalitete zdravstvene skrbi?

		Loše ▼	Prihvatljivo ▼	Dobro ▼	Vrlo dobro ▼	Odlično ▼
a. Usmjerenost na bolesnika	Skrb koja odgovara na bolesnikove individualne prioritete, potrebe i vrijednosti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Učinkovitost	Skrb koja se temelji na znanstvenim dokazima.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Pružena na vrijeme	Skrb koja minimalizira vrijeme čekanja i potencijalno opasno vrijeme odgode (engl. <i>delay</i>)....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Efikasnost	Osigurava skrb s optimalnim odnosom uloženog i dobivenog (izbjegava nepotrebnu, prekomjernu i pogrešnu upotrebu zdravstvenih usluga) .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Pravičnost	Osigurava jednaku kvalitetu skrbi svim osobama bez obzira na spol, rasnu pripadnost, etničku pripadnost, socioekonomski status, jezik, itd.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sveukupna ocjena sigurnosti bolesnika

Općenito, kako biste ocijenili sustave i kliničke postupke koje Vaša ordinacija koristi kako bi spriječila, prepoznala i ispravila probleme koji mogu utjecati na bolesnike?

Loše ▼	Prihvatljivo ▼	Dobro ▼	Vrlo dobro ▼	Odlično ▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

PODACI O ISPITANIKU

1.1. Dob (u godinama)

1.2. Spol:

1 – muški

2 – ženski

1.3. Vi ste...

1 – specijalist opće/obiteljske medicine

2 – specijalizant obiteljske medicine

3 – specijalist ostalih specijalnosti

4 – liječnik opće medicine bez specijalizacije

5 – medicinska sestra / zdravstveni tehničar

1.4. Oblik poslovanja:

1 - ugovorni privatni zdravstveni radnik u koncesiji, u prostoru DZ

2 - ugovorni privatni zdravstveni radnik u koncesiji, u vlastitom prostoru

3 - djelatnik Doma zdravlja

4 - djelatnik zaposlen kod ugovornog privatnog zdravstvenog radnika

1.5. Broj osiguranika u Vašoj skrbi: _____

1.6. Županija _____

1.7. Prema mjesečnom izvješću Vašeg tima, koliki je **prosječan broj konzultacija (pacijenata)** u jednom radnom danu? _____

1.8. Prema mjesečnom izvješću Vašeg tima, koliki je **prosječan broj pregleda** u jednom radnom danu? _____

1.9. Vaše radno iskustvo u djelatnosti opće/obiteljske medicine (u godinama) _____

1.10. Vaše radno iskustvo na sadašnjem radnom mjestu (u godinama) _____

1.11. Smještaj prakse:

1 – seoska

2 – gradska

3 – prigradska

1.12. Mentorstvo (moguće više odgovora):

1 – nisam mentor

2 – mentor sam studentima

3 – mentor sam specijalizantima

HVALA VAM ŠTO STE ISPUNILI OVAJ UPITNIK.

