

Pokazatelji kvalitete zdravstvene njege na bolničkom odjelu

Drvoderić, Magdalena

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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:105:157721>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-03**



Repository / Repozitorij:

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



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

Magdalena Drvoderić

**Pokazatelji kvalitete zdravstvene njege na
bolničkom odjelu**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2021.

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

Magdalena Drvoderić

**Pokazatelji kvalitete zdravstvene njege na
bolničkom odjelu**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2021.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite, pod vodstvom prof. dr. sc. Urelije Rodin i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2021./2022.

Popis i objašnjenje kratica korištenih u radu:

ANA – Američka udruga medicinskih sestara, engl. American Nurses Association

ECDC – Europski centar za kontrolu i prevenciju bolesti, engl. European Centre for Disease Prevention and Control
EPUAP – Europsko savjetodavno vijeće za dekubituse, engl. European Pressure Ulcer Advisory Panel

HALMED- Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode

HFRMII – Hendrichov II model za procjenu rizika pada, engl. Hendrich II Risk Fall Model

ISO – Međunarodna organizacija za standardizaciju, engl. International Organization for Standardization

JCHAO – Zajedničko povjerenstvo za akreditaciju zdravstvenih organizacija, engl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations

KPI – indikatori ključne izvedbe, engl. Key Performance Indicators

MFS – Morseova ljestvica pada, engl. Morse Fall Scale

MKB10 – Međunarodna klasifikacija bolesti

NDNQI - Nacionalna baza podataka o pokazateljima kvalitete sestrinstva, engl.

NN- Narodne Novine - dioničko društvo za izdavanje i tiskanje službenoga lista Republike Hrvatske

NPUAP – Nacionalno savjetodavno vijeće za dekubituse, engl. National Pressure Ulcer Advisory Panel

SNA – Državno udruženje medicinskih sestara (SAD), engl. State Nurses Association

STRATIFY – Alat za procjenu rizika pada kod starijih bolesnika St. Thomas, engl. St. Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Patients

WHO (SZO) – Svjetska zdravstvena organizacija, engl. World Health Organization

Sadržaj

| | |
|---|----|
| 1. Uvod..... | 1 |
| 1.1. Definicije kvalitete zdravstvene zaštite | 2 |
| 1.2. Uspostava sustava kvalitete u hrvatskom zdravstvu | 3 |
| 2. Mjerenje kvalitete u zdravstvenom sustavu | 4 |
| 2.1. Mjerenje kvalitete liječenja | 5 |
| 2.2. Mjerenje kvalitete zdravstvene njege..... | 6 |
| 2.2.1 Dekubitus | 6 |
| 2.2.2. Pad bolesnika | 9 |
| 2.2.3. Bolničke infekcije | 12 |
| 2.2.3.1 Higijena ruku kao najvažnija mjera u sprječavanju bolničkih infekcija | 14 |
| 2.2.4. Zadovoljstvo bolesnika | 15 |
| 2.2.5. Sestrinska dokumentacija | 17 |
| 3. Kontrola kvalitete zdravstvene njege | 18 |
| 4. Zaključak | 19 |
| 5. Zahvala..... | 20 |
| 6. Literatura..... | 21 |
| 7. Životopis..... | 25 |

Pokazatelji kvalitete zdravstvene njege na bolničkom odjelu

Magdalena Drvoderić

Sažetak

Pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite koje će rezultirati boljim zdravljem pojedinaca i skupina stanovništva predmet je interesa više međunarodnih zdravstvenih organizacija koje su u zadnjih tridesetak godina utjecale na razvoj strategija za upravljanje kvalitetom zdravstvene zaštite na nacionalnim razinama i međunarodnoj razini. I u hrvatskom zdravstvenom sustavu su doneseni propisi o upravljanju kvalitetom te praćenju temeljem pokazatelja uspješnosti liječenja i njege. Cilj ovog diplomskog rada je opisati razvoj sustava praćenja kvalitete zdravstvene zaštite u Hrvatskoj s posebnim osvrtom na pokazatelje zdravstvene njege koje koristimo za procjenu sigurnosti bolesnika na bolničkom odjelu. Standardni pokazatelji njege na bolničkom odjelu poput dekubitusa, pada bolesnika, bolničkih infekcija, zadovoljstva bolesnika i vođenja sestrinske dokumentacije mogu nam pomoći u utvrđivanju razlika između pojedinih odjela i ustanova. Bez prikupljanja i analize podataka o neželjenim događajima objektivno je teško utvrditi koji su problemi u osiguranju kvalitete zdravstvene njege najznačajniji u pojedinim odjelima, provesti edukaciju temeljem učenja na pogreškama i primijeniti specifične metode za održanje i postizanje profesionalnog standarda prema potrebama zdravstvene ustanove.

Ključne riječi: kvaliteta zdravstvene zaštite, zdravstvena njega, bolnički odjel

Nursing quality indicators in hospitals

Magdalena Drvoderić

Summary

Providing quality health care that will result in better health for individuals and groups of the population is the subject of interest of several international health organizations that in the last thirty years have influenced the development of health care quality management strategies at national and international levels. Regulations on quality management and monitoring based on indicators of treatment and care success have also been adopted in the Croatian health care system. The aim of this thesis is to describe the development of a health care quality monitoring system in Croatia with special reference to the health care indicators that we use to assess the safety of patients in the hospital ward. Standard indicators of hospital ward care such as pressure ulcers, patient falls, nosocomial infections, patient satisfaction, and nursing record keeping can help us identify differences between individual wards and institutions. Without collecting and analyzing data on adverse events, it is objectively difficult to determine which problems in quality assurance of health care are most significant in individual departments, conduct training based on learning from failures and apply specific methods to maintain and achieve professional standards according to the needs of the health institution.

Key words: health care quality, nursing care, hospital ward

1. Uvod

Znanstveno zanimanje za kvalitetu zdravstvene zaštite započinje u drugoj polovici 20. i nastavlja se u 21. stoljeću pod utjecajem razvoja mjerenja kvalitete u industrijskoj proizvodnji i gospodarskom razvoju. Brzi razvoj medicine u drugoj polovici 20.st. rezultira značajnim poboljšanjem zdravstvenog stanja stanovništva, porastom očekivanog trajanja života, smanjenjem invalidnosti, ali i porastom troškova liječenja i potrebom za praćenjem ishoda liječenja. Upravljanje kvalitetom i sigurnošću u zdravstvu postaje dio poslovne strategije pružatelja zdravstvene zaštite jer je od važnosti ne samo za korisnike zdravstvenih usluga nego i za osiguravajuće fondove.

Posebna briga oko kvalitete i sigurnosti pacijenta u Europi započela je 1995. kada je Vijeće Europe osnovalo stručni odbor za kvalitetu zdravstvene zaštite. U 1997. godini donesene su preporuke za ministre zdravstva, prema kojima bi vlade zemalja članica trebale uspostaviti sustave kvalitete zdravstvene skrbi na svim razinama (1). Nakon toga, 2000. godine, usvajanjem nove politike kvalitete u zemljama članicama EU, stavlja se naglasak na razmjenu najbolje prakse. Sljedeći koraci usmjereni su na prijedloge poboljšanja sigurnosti pacijenata, a kao prvi pokazatelji ističu se mjere prevencije i kontrole infekcija (*Council Recommendations*, 2008.).

Prema zajedničkim europskim preporukama i u Hrvatskoj se uspostavlja sustav upravljanja kvalitetom zdravstvene zaštite i praćenje temeljem standardnih pokazatelja liječenja i njege.

Ovim radom ćemo prikazati razvoj sustava upravljanja i praćenja kvalitete zdravstvene zaštite u Hrvatskoj s posebnim osvrtom na pokazatelje zdravstvene njege koje koristimo za procjenu sigurnosti bolesnika na bolničkom odjelu.

1.1. Definicije kvalitete zdravstvene zaštite

Ne postoji jedinstvena definicija kvalitete. Kvalitetom se smatra svojstvo proizvoda ili usluge (proizvod ili usluga je terminologija koja se koristi u ISO sustavima) koji zadovoljava postavljene zahtjeve. Kvaliteta u medicini najčešće se definira kao postizanje i održavanje međunarodno prihvaćenih normi liječenja i zdravstvene njege (Svijet kvalitete, 2012). Dokazuje se primjenom odgovarajućih normi.

Indikatori ili pokazatelji kvalitete zdravstvene njege primarno se dijele na strukturalne indikatore, indikatore procesa i indikatore ishoda:

- **Strukturalni indikatori** - označavaju ulazne resurse (strukturu) koje čine ljudi, materijali, lijekovi, informatički sustav.
- **Indikatori procesa** mjere metode procjene pacijenata i sestrinskih intervencija i zadovoljstva pacijenata.
- **Indikatori ishoda** reflektiraju ishode liječenja pacijenta koji su usko povezani sa kvalitetom zdravstvene usluge i kvantitetom zdravstvenog osoblja. Uključuju dekubituse i statistiku padova. Ukazuju na razvijenost zdravstvenog sustava te promjene zdravstvenog ponašanja kao i promjene zdravstvenog stanja (2).

Prema Američkoj udruzi medicinskih sestara (engl. *American Nurses Association* – ANA) kvaliteta je stupanj do kojeg zdravstvene usluge povećavaju vjerojatnost željenih rezultata za pacijenta, obitelj, grupu, zajednicu ili populaciju, u skladu s trenutnim stručnim znanjem (3). Identifikacijom pokazatelja kvalitete zdravstvene njege sestrištvo postaje dijelom prakse utemeljene na dokazima. 1998. godine ANA osniva svoju prvu nacionalnu bazu podataka pokazatelja kvalitete zdravstvene njege, *National Database of Nursing Quality Indicators*TM (NDNQI®), kako bi kontinuirano pratila indikatore i statistički obrađivala podatke koji su dostupni svim bolnicama za usporedbu svojih podataka, s ciljem unaprjeđenja i održanja kvalitete zdravstvene njege na nacionalnom nivou (2).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) kvaliteta je zdravstvena usluga koja po svojim obilježjima zadovoljava definiranim zahtjevima te sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika kako bi dobili najbolju moguću skrb uz minimalan rizik za zdravlje i blagostanje (4).

1.2. Uspostava sustava kvalitete u hrvatskom zdravstvu

U Republici Hrvatskoj Hrvatski sabor 2006. godine donosi strategiju razvitka zdravstva u kojemu naglašava potrebu osiguranja kvalitetne stručne zdravstvene skrbi temeljene na načelima medicinske prakse zasnovane na dokazima, uz trajno poboljšanje kvalitete medicinskoga rada i osiguranje sigurnosti bolesnika i zdravstvenih radnika. U 2007. godini donesen je Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite u kojemu su nositelji zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj obvezni uspostaviti, razvijati i održavati sustav za osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite sukladno planu i programu mjera iz ovoga Zakona. Mjerama za ostvarivanje kvalitete zdravstvene zaštite nastoji se osigurati provedba načela učinkovitosti sustava kvalitete zdravstvenih postupaka na svim razinama zdravstvene zaštite, načela orijentiranosti prema pacijentu te načela sigurnosti pacijenata. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti 2008. godine pojam kontrole kvalitete službeno postaje zakonski akt u Republici Hrvatskoj, u kojemu su sve zdravstvene ustanove obvezne sustavno uvesti kontrolu kvalitete u zdravstveni sustav. U 2010. godini donesen je Plan i program mjera za osiguranje, unaprjeđenje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite u kojemu su utvrđeni prioriteti za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite (akreditacija bolnica, uspostava obveznog sustava kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite te provođenje edukacije o kvaliteti i sigurnosti zdravstvene zaštite) te mjere za uvođenje jedinstvenoga sustava standarda kvalitete zdravstvene zaštite i kliničkih pokazatelja kvalitete te određivanje vanjske procjene i uspostavljanje registra nositelja zdravstvenih djelatnosti o primjeni sustava standarda kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (5). Prema članku 6. Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, radi osiguranja učinkovite, djelotvorne, jednako visokokvalitetne i jednako dostupne zdravstvene zaštite u svim zdravstvenim djelatnostima, na svim razinama zdravstvene zaštite te na cijelom području Republike Hrvatske, ministar nadležan za zdravstvo, na prijedlog Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora, donosi plan i program mjera za osiguranje, unaprjeđenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite (6). Prema članku 7. Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite i

socijalne skrbi, u cilju provedbe Plana i programa mjera iz članka 6. ovoga Zakona ministar nadležan za zdravstvo 2011. godine, na prijedlog Agencije za kvalitetu i akreditaciju, donosi Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Obavezno praćenje pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite utvrđenih Planom i programom mjera iz članka 6. stavka 1. ovog Zakona za nositelje zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj provodi Agencija za kvalitetu i akreditaciju (6).

Zdravstvene ustanove s više od 40 zaposlenih radnika obvezne su ustrojiti posebnu jedinicu za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite, a druge zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici koji obavljaju zdravstvenu djelatnost odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite. Svi zdravstveni radnici obvezni su aktivno sudjelovati u provedbi plana i programa mjera za osiguranje, unaprjeđenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite (6).

2. Mjerenje kvalitete u zdravstvenom sustavu

Pokazatelji ili indikatori kvalitete su od temeljne važnosti za upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj skrbi; oni su sredstva mjerenja, probira ili oznaka za nadziranje, procjenjivanje i poboljšanje kvalitete skrbi koja utječe na ishod liječenja bolesnika. Indikatori kvalitete su mjerljivi i tijekom procesa zdravstvene njege jer omogućavaju dokumentiranje kvalitete njege i uspoređivanje između pojedinih radilišta, (npr. odjela, bolnice) te služe u svrhu izrade mjera poboljšanja kvalitete. Među indikatore kvalitete se ubraja i procjena bolesnika dobivenom zdravstvenom uslugom, a takve mjere zadovoljstva bolesnika mogu biti važne prigodom izbora pružatelja usluge. Zadovoljstvo je subjektivna kategorija, ali ga je ipak moguće mjeriti raznim oblicima povratnih obavijesti od pacijenata. Indikatori kvalitete zdravstvene njege se odnose na različite elemente sestrinske skrbi (7). Prema Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, „orijentiranost prema pacijentu podrazumijeva da je dobrobit pacijenta temeljno polazište za odluku o zdravstvenim postupcima što uključuje njegovo pravo na suodlučivanje u cilju unaprjeđenja kvalitete njegova života“ (6). U ostvarenju modela „bolesnik u središtu“ važno je iskustvo medicinskog osoblja koje sudjeluje u pružanju zdravstvene njege, te uspostavljanje alata (upitnika) za procjenu i mjerenje kvalitete zdravstvene njege. To bi trebalo uključivati procjenu rizika, identifikaciju i upravljanje rizicima, izvještavanje i analizu incidenata, kao i sposobnost učenja i praćenja incidenata te implementaciju rješenja kako bi se smanjila opasnost od ponavljanja (7).

2.1. Mjerenje kvalitete liječenja

Prema Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/11) klinički pokazatelji kvalitete su sredstva mjerenja u obavljanju zdravstvenih postupaka određenih vrijednostima koje služe za prikazivanje rezultata tih postupaka. Zdravstvena ustanova, trgovačko društvo i privatni zdravstveni radnik moraju svakih šest mjeseci dostaviti izvješće o pokazateljima kvalitete Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.

Indikatori kvalitete liječenja su : vrijeme čekanja na totalnu endoprotezu kuka, vrijeme čekanja na ekstrakapsularnu ekstrakciju leće, vrijeme čekanja na postupak magnetne rezonancije, vrijeme čekanja na kemoterapiju, vrijeme čekanja na radioterapiju, udio dolazaka u bolničku zdravstvenu ustanovu vozilom hitne medicinske pomoći unutar 12 sati od pojave simptoma, udio preživjelih pacijenata do prijema u bolničku zdravstvenu ustanovu kod politrauma i zastoja srca, vrijeme provedeno u hitnom bolničkom prijemu, trajanje hospitalizacije za akutni pankreatitis, trajanje hospitalizacije za laparoskopsku kolecistektomiju te dvadeset drugih pokazatelja. Za svaki indikator Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi propisuje nadležne ustanove koje su dužne dostavljati izvješća.

U svrhu praćenja i unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite, Agencija je osmislila sustav za prikupljanje podataka koji nositeljima zdravstvene djelatnosti olakšava ispunjavanje i podnošenje obrazaca izvješća. Sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN, br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 82/13, 159/13, 22/14) nositelji zdravstvene djelatnosti su zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i privatni zdravstveni radnici.

Svi nositelji zdravstvene djelatnosti u obavezi su ispunjavati i Agenciji podnositi sljedeće obrasce:

- a) obrazac izvješća o pokazateljima kliničke učinkovitosti i dostupnosti svakih 6 mjeseci (Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11))
- b) obrazac izvješća o provođenju aktivnosti utvrđenih Planom i programom mjera za osiguranje, unaprjeđenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite svakih 6 mjeseci (Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/11))

Na temelju Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/11) u zdravstvenim ustanovama osniva se Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene ustanove. Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene ustanove u obavezi je ispunjavati i Agenciji podnositi sljedeće obrasce:

a) obrazac izvješća o radu Povjerenstva svakih 6 mjeseci (Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/11))

b) obrazac izvješća o neočekivanim neželjenim događajima svaka 3 mjeseca (Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11))

c) obrazac izvješća o ostalim neželjenim događajima (pokazateljima bolesnikove sigurnosti) svakih 6 mjeseci (Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11)).

2.2. Mjerenje kvalitete zdravstvene njege

Mjerenje kvalitete u području strukture, procesa i ciljeva zdravstvene njege identificira se indikatorima kvalitete zdravstvene njege. Postoje različite klasifikacije indikatora. Prema Državnoj sestrinskoj organizaciji u SAD-u (SNA), indikatori za akutnu zdravstvenu njegu su: struktura medicinskih sestara koje skrbe za bolesnike na akutnim odjelima s obzirom na razinu obrazovanja, ukupan broj sati zdravstvene njege pružene bolesniku tijekom 24h, pojavnost dekubitusa, padovi bolesnika, zadovoljstvo bolesnika koje uključuje suzbijanje boli, razinu edukacije, ukupnu skrb i sestrinsku skrb, zatim postotak bolničkih infekcija te zadovoljstvo medicinskih sestara. Kako bi uzrok lošeg rezultata bio otkriven potrebno je adekvatno prikupljati i analizirati podatke te analizirati i evaluirati cijeli proces zdravstvene skrbi. Zaključno, poboljšanje kvalitete zdravstvene njege na bolničkim odjelima uvjetovano je trajnim bilježenjem indikatora, njihovom analizom i provođenjem mjera u svrhu poboljšanja i sprječavanja loših rezultata (8).

2.2.1 Dekubitus

Dekubitus je jedan od indikatora kvalitete zdravstvene njege i pokazatelja bolesnikove sigurnosti.

Tlačni vrijed ili dekubitus je lokalizirano oštećenje kože i/ili tkiva najčešće iznad koštanih izbočina, nastalo djelovanjem sile pritiska, vlaka ili trenja te kombinacijom istih (1). Zbog loše cirkulacije dugotrajno ležećih bolesnika svaku privremenu ili trajnu imobilnost treba uzeti u obzir kao mogućnost nastanka dekubitusa. Dekubitus dijelimo u četiri stupnja prema dubini rane:

1. stupanj - karakteriziran je prolaznim eritemom uz intaktnu kožu
2. stupanj - karakteriziran je površinskom bulom ili ranom sa središnjom hiperpigmentacijom
3. stupanj - oštećenje tkiva koje zahvaća potkožni sloj, ali ne prodire u mišić
4. stupanj - osim kože i potkožnog tkiva, zahvaćeno je mišićno tkivo i potporne strukture i kosti

Rane su najčešće lokalizirane na vratu, sakralnom dijelu kralježnice i petama ovisno o tome u kojem je položaju bolesnik ležao ili sjedio.

U procjeni stanja najčešće se koriste Norton i Braden i Knoll skala za procjenu rizika od nastanka dekubitusa, no vrlo je korisna i lista okretanja pacijenata u sklopu sestrinske dokumentacije

Braden skala se sastoji od procjene šest parametara:

- Senzorna percepcija – sposobnost bolesnika da izvijesti o nelagodi uslijed pritiska
- Vlažnost – stupanj u kojem je koža izložena vlazi
- Aktivnost – stupanj fizičke aktivnosti, pokretljivost – sposobnost osobe da sama mijenja položaj
- Prehrana – uobičajen unos tekućine i hrane
- Trenje
- Razvlačenje

Raspon bodova se kreće od 6 do 23, manji broj bodova upućuje na veći rizik nastanka dekubitusa.

Knoll skalom procjenjuju se:

- opće stanje
- mentalno stanje

- aktivnost
- pokretljivost
- prisutnost inkontinencije
- peroralna prehrana
- unos tekućine

Bodovni raspon kreće se od 0 do 33, a veći rezultat ukazuje na veći rizik nastanka. Kao kritična vrijednost uzima se 12. Rezultat do 12 bodova ukazuje da najvjerojatnije neće nastati dekubitusa, a iznad 12 rizik je prisutan (10).

Norton skalom procjenjuju se:

- tjelesno stanje
- mentalno stanje
- pokretljivost
- inkontinencija.

Bodovni raspon je od 5 do 20. Manji rezultat upućuje na veći rizik nastanka dekubitusa. Rezultat između 18 i 20 uključuje minimalni rizik, od 15 do 17 srednji rizik, a između 5 i 14 velik rizik. Lista okretanja pacijenata uključuje smjer okretanja i okvir sati (10).

U procjeni sigurnosti sve se više upotrebljava kvalitativna metodologija temeljena na pojedinom slučaju kroz sustav izvještavanja i analizu određenog slučaja, što potiče uspostavljanje kulture sigurnosti pacijenta, tj. prevenciju nastanka dekubitusa. Aktivno praćenje pacijenata s dekubitusom podrazumijeva prikupljanje i analizu podataka o određivanju stupnjeva i zbrinjavanju dekubitusa prema protokolu, stanju pacijenta, primjeni preventivnih mjera i evaluaciji ishoda skrbi. Ukoliko se uoče nesukladnosti u nadzoru, utoliko se vrši edukacija medicinskih sestara i tehničara na odjelima vezana za pravilno dokumentiranje procjene rizika za nastanak dekubitusa, zapisa o stanju rane i zbrinjavanju pacijenata (11).

Svake godine Ministarstvo zdravstva izdaje opisne liste pokazatelja sigurnosti pacijenta i neočekivanih neželjenih događaja koje svaka ustanova ispunjava te šalje Sektoru za kvalitetu zdravstvene usluge radi praćenja kontrole kvalitete te pravovremene intervencije. Statistički podaci koji se uzimaju u obzir za dekubitalni ulkus su: identifikacijski broj pacijenta u ustanovi, datum prijema u ustanovu, dob i spol pacijenta, glavna dijagnoza, rizik za nastanak dekubitusa procijenjen pri prijemu (broj bodova na Braden skali), datum dijagnoze dekubitusa te datum otpusta iz ustanove. Kriterij uključenja: Pacijenti u dobi od 15 godina i stariji otpušteni

(uključujući i umrle) u izvještajnom razdoblju. Kriterij isključenja: Pacijenti koji su u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi boravili kraće od 4 dana; Pacijenti koji imaju glavnu dijagnozu dekubitalnog ulkusa L89 (MKB 10); Pacijenti koji kod prijma u ustanovu imaju sekundarnu dijagnozu dekubitalnog ulkusa L89 (MKB 10); Pacijenti koji imaju hemiplegiju G81 (MKB 10), paraplegiju ili kvadriplegiju G82 (MKB 10); Pacijenti koji imaju dijagnoze koje se odnose na bolesti kože i potkožnog tkiva L00, L01, L03, L08, L10-L14, L20-L23, L26, L28-L30, L40, L41, L51-L59, L88, L90-L93, L95, L97-L99 (MKB 10); Pacijenti koji imaju dijagnozu spine bifide Q05 (MKB 10) (12).

Prema podacima Ministarstva zdravstva, Sektora za kvalitetu zdravstvene usluge za 2021. godinu, incidencija dekubitusa u bolnici je između 0,4% - 38% na 1000 bolničkih otpusta.

Osim što predstavlja izravan neželjeni događaj za pacijenta dekubitus također utječe na osoblje uključeno u njegu bolesnika i srodne zdravstvene profesionalce, povećavajući radno opterećenje, mijenjanje planova skrbi za bolesnika i produljuje boravak bolesnika u zdravstvenoj ustanovi (13). Prve kliničke smjernice za prevenciju i liječenje dekubitusa s ciljem poboljšanja skrbi za bolesnike s dekubitusom u svim zemljama Europske unije i svijeta je 2009. godine objavilo Europsko savjetodavno vijeće za dekubitus (engl. *European Pressure Ulcer Advisory Panel* - EPUAP) i američki Nacionalni savjetodavni odbor za ulkus (engl. *National Pressure Ulcer Advisory Panel* - NPUAP) (14).

2.2.2. Pad bolesnika

Značajan indikator kvalitete zdravstvene njege je pad pacijenta u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. Kod hospitaliziranih pacijenata, pad se definira kao neočekivano i nehotimično spuštanje na zemlju, pod ili neku drugu nižu površinu, a koje nije posljedica sinkope ili neke jake vanjske sile (15). Pad se ujedno definira i kao medicinska greška koja predstavlja neuspjeh ili neizvršavanje planiranih postupaka, stoga sukladno definiciji, *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) zahtijeva da se takva vrsta pogrešaka mora sistematski uklanjati iz bolničkih okruženja (16).

Pad je posljedica brojnih čimbenika uključujući kliničko stanje pacijenta, infrastrukturu i sigurnosti okoliša. Određene razlike vežu se uz pedijatrijsku populaciju pacijenata u odnosu na odraslu populaciju, najčešće vezane uz mehanizam nastanka pada te težinu nastale ozljede (17). Pad pacijenta na bolničkom odjelu predstavlja značajan klinički problem posebno među

pacijentima starijim od 65 godina. Pad može uzrokovati trajni invaliditet, produljeno liječenje, povećanje troškova i smrtni ishod. Podaci iz literature pokazuju da se jedna trećina padova može spriječiti, ali se programi mjera za sprječavanje padova ne provode sustavno (12).

Procjena rizika za pad važan je instrument za kontrolu kvalitete rada, a nastojanja da se neželjeni događaj, kao što su padovi bolesnika, tijekom hospitalizacije reduciraju uključuju razvoj te korištenje instrumenata za procjenu i identifikaciju bolesnika pod rizikom (18). Najčešće korišteni instrumenti za procjenu rizika od pada su *Morse Fall Scale* (MFS), *The St. Thomas Risk Assessment Tool in Falling elderly inpatients* (STRATIFY) i *Hendrich II Risk Fall model* (HFRM II) (16, 19).

MFS procjenjuje šest područja u kojima je potencijalan rizik od pada:

1. prijašnji padovi
2. sekundarne dijagnoze
3. pomagala za kretanje/samozbrinjavanje
4. intravenozna terapija
5. hod/stav/premještanje
6. mentalni status (20)

Raspon rezultata kreće se od 0 do 125, a rizik od pada veći je analogno višem rezultatu na ljestvici (21).

STRATIFY instrumentom odgovara se na pet pitanja:

1. povijesti prijašnjih padova
2. mentalnog statusa
3. slabovidnosti
4. čestih eliminacijskih potreba
5. transfera i mobilnosti

Rezultati se vrednuju kao niski rizik za pad (0 bodova), srednji rizik (1 bod) i visok rizik (s rezultatom niskog (0 bodova), srednjeg (1 bod) i visokog rizika od pada (2 > boda)) (22).

HFRM II procjena dizajnirana je za brzu administrativnu upotrebu i fokusira se na osam nezavisnih faktora rizika za pad:

1. konfuznost, dezorijentacija
2. simptomatska depresija

3. promjene u eliminacijskim potrebama
4. vrtoglavice, vertigo
5. spol
6. lijekovi (promjena lijekova i doziranje)
7. kontrola benzodiazepina
8. izvedba ustajanja iz sjedećeg u stojeći položaj (*Get Up and Go Test*) (23)

Procjenjuju se faktori koje je moguće predvidjeti i prevenirati. Svaki od faktora nezavisan je, bodovno određen i kao takav ima svoju težinu, a zbrojem bodova svih faktora, definira se stupanj rizika; pacijent je bez rizika (0 bodova) ili je on visok (5-16 bodova) (23).

Podaci za opisne liste Ministarstva zdravstva, Sektora za kvalitetu zdravstvene usluge uključuju: broj bolesničkih dana, broj padova pacijenta među slučajevima koji su definirani kriterijima uključenja i isključenja, dob i spol pacijenta.

Kriterij uključenja: pacijenti koji su otpušteni u izvještajnom razdoblju, kriterij isključenja: padovi kao posljedica djelovanja sile, sinkopa R55 (MKB 10), epilepsija G40 (MKB 10). U tablicu se upisuju podaci: identifikacijski broj slučaja (podrazumijeva identifikacijsku oznaku prema kojoj ustanova može identificirati pacijenta), datum rođenja, spol, datum prijma u ustanovu, glavna dijagnoza (MKB 10), rizik pacijenta za pad kod prijma u ustanovu, datum incidenta (pada), vrijeme incidenta, mjesto incidenta, posljedica pada te datum otpusta iz ustanove (12).

Prema podacima Ministarstva zdravstva, Sektora za kvalitetu zdravstvene usluge za 2021. godinu ukazuje na stopu pada pacijenta u zdravstvenim ustanovama od 1,7 do 25 padova na 1000 bolesničkih dana, pri čemu je najveći rizik za geropsihijatrijske pacijente, a sam pad pacijenta za posljedicu može imati ozljedu (fraktura, laceracija, krvarenje).

Pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi je neželjeni događaj i pokazatelj sigurnosti bolesnika (25) i prema Pravilniku o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (NN 31/2011) zahtijeva praćenje, analizu uzroka, provedbu popravni i preventivnih radnji te dostupnost i korištenje povratnih informacija.

Sustav osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite unutar bolničke zdravstvene ustanove omogućuje pravilno i pravovremeno izvješćivanje te dokumentiranje neželjenih događaja kroz sustav sigurnosti pacijenata i osoblja. Detalji izvještaja trebaju uključivati

mehanizme pada, mjesto, vrijeme i okolnosti pada, dokaz o eventualnoj ozljedi ili gubitku svijesti, relevantne informacije o okolišu/prostoru, koje su strategije za rizik od pada bile na snazi u vrijeme pada i radnje poduzete u vezi s događajem (24). Odjel ili služba gdje se dogodio neočekivani neželjeni događaj mora analizirati moguće uzroke nastalog događaja i u roku od sedam dana pisano izvješće dostaviti pomoćniku ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor (25).

2.2.3. Bolničke infekcije

Bolnička infekcija je ona infekcija koja se razvila u bolesnika, zdravstvenog djelatnika ili posjetitelja kao posljedica operativnog, dijagnostičkog zahvata, ali i pogrešne skrbi ili pogreške u propisanim i dokazano uspješnim preventivnim mjerama. Razvoj bolničke infekcije ovisi o brojnim faktorima i posljedica je interakcije karakteristika bolesnika, svojstva mikroorganizama koji uzrokuju bolničku infekciju – virulencije, rezistencija te utjecaja okoline - dužina operacijskog zahvata, profilaksa, higijensko pranje ruku, restriktivna primjena antibiotika (26). Bolničke infekcije ne mogu se apsolutno iskorijeniti, ali se učestalost mora kretati u okvirima optimalnog minimuma (27).

Bolničke infekcije u suvremenoj zdravstvenoj zaštiti postaju sve važniji problem jer im broj i učestalost rastu, povećavaju komplikacije bolesti, a smatra ih se i jednom od vodećih uzroka mortaliteta. Isto tako, značajan su uzrok povećanja troškova liječenja.

U razvijenim zemljama 5-10 % bolesnika primljenih u bolnicu zbog akutne bolesti dobije infekciju koja pri prijemu nije bila nazočna, iako te brojke mogu narasti i do 25 %. Iako se procjene o mogućnosti prevencije bolničkih infekcija razlikuju, smatra se kako se njihovo pojavljivanje u razvijenim zemljama može spriječiti do 20%, a u zemljama u razvoju i do 40% (28). Svakog dana oko 80 tisuća pacijenata u Europi oboli od neke bolničke infekcije, objavio je Europski centar za kontrolu i prevenciju bolesti (ECDC). Svaki 18. pacijent na liječenju u nekoj od europskih bolnica u njoj “pokupi” i neku infekciju, a to je 3,2 milijuna pacijenata godišnje. Studija ECDC-a, u koju je bilo uključeno tisuću bolnica u 30 europskih zemalja, pokazala je da su bolničkim infekcijama najpodložniji pacijenti na odjelima intenzivne njege te da su najčešće respiratorne infekcije i one koje se šire krvotokom.

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

1. pogreška zdravstvenog radnika – pogreška u ponašanju radnika u bolničkoj sredini prije svega odnosi se na neispravnu higijenu ruku (pranje i dezinfekcija) čime uzrokuje prenošenje bolničkih patogena s bolesnika na bolesnika (29)
2. pogreška u sustavu – nesigurno okruženje bolesnika, loši higijenski uvjeti, nesigurna dispozicija otpada, neadekvatnost ventilacijskog sustava, neprovođenje mjera izolacije bolesnika, loše vođena medicinska dokumentacija i drugo (30,31)
3. financijski resursi – ograničenost bolničkih novčanih resursa obično je razlogom štednje na pogrešan način: ušteda na potrošnome materijalu, rukavicama, pregačama, dezinficijensima, instrumenti se ponovno steriliziraju, nedostatan broj zdravstvenih radnika, neadekvatna edukacija i drugo (32)
4. bolnička infekcija kao neizbježan događaj – javlja se u oko 40% slučajeva unatoč svim poduzetim preventivnim mjerama i obično je posljedica težega kliničkog stanja i kondicije bolesnika. (32)

Pretpostavka kvalitetne i sigurne zdravstvene skrbi temelji se na upravljanju rizika od nastanka bolničkih infekcija. Strategija upravljanja rizikom od nastanka bolničkih infekcija sastoji se od četiri glavna načela sustava kvalitete. Prvo načelo je identifikacija rizika od nastanka bolničkih infekcija, zatim procjena rizika, djelovanje na rizik te nadzor i trajno usavršavanje u prevenciji bolničkih infekcija (32).

Praćenje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi odvija se prema planu kojeg donosi Bolničko povjerenstvo i Ministarstvo zdravstva (Sektor za kvalitetu zdravstvene usluge), a obuhvaća podatke o strukturi i procesu prevencije i kontrole infekcija, kao i podatke o infekcijama kao ishodu zdravstvene skrbi (učestalost i vrste infekcija, vrste pojedinih uzročnika, učestalost alertnih mikroorganizama, rezistencija na antibiotike). Praćenje se obavlja kontinuiranim prikupljanjem podataka iz medicinske dokumentacije bolesnika (33). Podaci se pohranjuju i periodički analiziraju. Bolničko povjerenstvo analizira rezultate najmanje jednom godišnje i daje povratnu informaciju tijelu upravljanja i zaposlenicima, kao i Povjerenstvu Ministarstva, u obliku polugodišnjeg i kvartalnog izvješća (33).

Prema obrađenim podacima iz godišnjih izvješća o sprečavanju i suzbijanju bolničkih infekcija u Republici Hrvatskoj, sve zdravstvene ustanove imaju utvrđene protokole, povjerenstva i timove za sprečavanje bolničkih infekcija. Inače, praćenje učestalosti infekcija ne provodi se za sve infekcije, nego se određuju prioriteti, pa stoga i ne postoje podaci o broju oboljelih od

svih bolničkih infekcija. Pokazalo se da proširenost bolničkih infekcija varira od 4,8% u primarnim bolnicama do 7,2% u tercijarnim ustanovama. Najveća incidencija bolničkih infekcija prisutna je kod pacijenata koji borave u jedinicama intenzivnog liječenja, gdje učestalost iznosi 19,5% u usporedbi s prosjekom na ostalim odjelima, u kojima 5,2% pacijenata ima bolničku infekciju (34,35).

2.2.3.1 Higijena ruku kao najvažnija mjera u sprječavanju bolničkih infekcija

Na sastanku Povjerenstva za bolničke infekcije Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi 5. veljače 2008. godine donesen je plan o izradi nacionalnih smjernica za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama te je određen način na koji će se formirati stručno društvo, tj. radna grupa za izradu smjernica (36). Radna grupa za izradu prijedloga Smjernica sastojala se od liječnika - predstavnika liječničkih društava koja se bave prevencijom i kontrolom te liječenjem bolničkih infekcija, kirurških društava, obiteljske medicine, sestričkog društva koje se bavi prevencijom i kontrolom bolničkih infekcija te Referentnog centra za bolničke infekcije Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, kao i predstavnika Povjerenstva za bolničke infekcije Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske. Predstavnik su na zahtjev Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske imenovali predsjednici rečenih društava, odnosno voditelj navedenog Referentnog centra (36). Temelj za izradu smjernica bio je *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*, koji je u preliminarnoj verziji bio postavljen na web-stranici Svjetske zdravstvene organizacije u listopadu 2005. godine (37).

Smjernicama su definirane indikacije za pranje ruku na bolničkim odjelima, odabir sredstava za higijenu ruku, indikacije za upotrebu zaštitnih rukavica, izgled noktiju kod zdravstvenih djelatnika, smjernice za higijenu ruku bolesnika i posjetilaca te smjernice za edukacijske programe. Razvijen je koncept „Mojih pet trenutaka za higijenu ruku“. Koncept se temelji na tome da za higijenu ruku u zdravstvenom radu postoji pet glavnih prigoda kada je higijena ruku nezamjenjiv način za prevenciju prijenosa mikroorganizama i u tih se pet prigoda mogu svrstati sve indikacije za higijenu ruku. Prigoda (trenutak, indikacija) za higijenu ruku definira se kao mogućnost prijenosa mikroorganizama s jedne točke na drugu ili s ruku zdravstvenog radnika na bolesnika, odnosno na njegovu okolinu, ili s bolesnika odnosno iz njegove okoline na ruke zdravstvenog radnika.

Koncept uključuje pet trenutaka (indikacija):

1. prije kontakta s bolesnikom, odnosno njegovom okolinom
2. prije aseptičkog postupka
3. nakon izlaganja riziku od kontaminacije tjelesnim tekućinama i izlučevinama bolesnika
4. nakon kontakta s bolesnikom
5. nakon kontakta s bolesnikovom okolinom, ako i nije bilo kontakta s bolesnikom

Koncept je jednostavan za pamćenje, njegovo provođenje lako se kontrolira, jednostavno je razumjeti mikrobiološke rizike u tih pet trenutaka, i to rizike za bolesnika i rizike za osoblje i druge bolesnike izvan zone prvog bolesnika (37).

Prema istraživanju Boudjema S. i sur. iz 2014. godine, zdravstveni djelatnici kao najčešće razloge za nisku razinu provođenja higijene ruku navode nedostatak vremena, preopterećenost radom, manjak znanja, skepticizam oko higijene ruku kao metode prevencije, nezgodne lokacije umivaonika i dispenzora sapuna na odjelu te manjak poticaja. Bez obzira na široko rasprostranjeno mišljenje i slaganje sa činjenicom da je higijena ruku najvažnija intervencija u prevenciji infekcija, i poslije više od 165 godina nakon Semmelweisove publikacije, bolnice se i dalje bore sa suboptimalnim razinama provođenja ove mjere kao najosnovnije i najjednostavnije preventivske metode u sprječavanju bolničkih infekcija (38).

2.2.4. Zadovoljstvo bolesnika

Zadovoljstvo korisnika zdravstvenom zaštitom mjera je njegove percepcije o kvaliteti zdravstvene zaštite. Zadovoljstvo je multidimenzionalno stanje koje je uvjetovano zdravstvenim i funkcionalnim stanjem, psihosocijalnim obilježjima i oblikom liječenja. Ono odražava očekivanja bolesnika te njihova vrednovanja i iskustva. Može se odnositi na nekliničke oblike skrbi kao što su čistoća, temperatura, hrana, tišina ili buka, udobnost, privatnost, birokracija i cijena te na kliničke oblike: međusobni odnosi s liječnicima, medicinskim sestrama i drugima, percipirana tehnička osposobljenost osoblja, raspoloživost i stanje opreme te kontinuirane skrbi (39).

Korisnici zdravstvenih usluga mogu biti nezadovoljni zdravstvenim djelatnicima koji loše komuniciraju s njima, iako su vrlo stručni u svom poslu. Zadovoljstvo ishodima zdravstvene skrbi (izlječenje, značajno poboljšanje) može prikriti nezadovoljstva nekim drugim elementima

skrbi (40). Prema istraživanju Bendsen i Bjurulf (1993.), zadovoljstvo je povećano kada bolesnici osjećaju da su aktivni sudionici u svojoj skrbi, kada sudjeluju u planiranju liječenja, kada žele postavljati pitanja, kada se s njima otvoreno raspravlja o njihovim problemima te kada osjećaju da im se pruža emocionalna potpora (41) .

Razinu osobnoga i kolektivnoga zadovoljstva bolesnika s radom zdravstvenog osoblja određuju opće karakteristike bolesnika kao što su obrazovanje, intelektualne sposobnosti, materijalni i psihofizički status itd., ali i razina njegovih interakcija u zajednici u kojoj se stvaraju mišljenja i stavovi. Pacijent mišljenje o radu zdravstvenih djelatnika stvara temeljem subjektivnih, objektivnih, emocionalnih i racionalnih stavova i interakcija pojedinaca te zajednice u kojoj živimo i radimo. Takav odnos utemeljen na postojećoj međusobnoj ovisnosti između zdravstvenoga osoblja i pacijenta rezultat je međuljudskih komunikacija, pojedinih uloga ili društvenoga položaja i ovisi o odnosima u društvenom sustavu (klasnoj raslojenosti, zakonima, vjerskoj i kulturalnoj opredijeljenosti, organizaciji zdravstva, sustavu osiguranja itd.). Taj odnos opterećen je i obvezama i privilegijama. Bolesnikove obveze su: motiviranost ozdravljenju, održavanje zdravlja i zdravoga načina života, traženje stručne pomoći te povjerenje u liječnika i zdravstvenoga radnika. S druge strane, obveze zdravstvenih radnika su: djelovanje u korist pacijenata, ponašanje prema profesionalnim pravilima i medicinskoj etici, primjena raspoloživoga znanja i vještina, obveza objektivnosti i emocionalne neutralnosti, ali ne i indiferentnosti ili ravnodušnosti prema problemima pacijenta (42).

Stupanj zadovoljstva pacijenata zdravstvenom zaštitom jedan je od pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite u okvirima programa „Zdravlje za sve“ Svjetske zdravstvene organizacije (engl. *World Health Organization "Health for All"* - WHO HFA) (43). Procjena zadovoljstva bolesnika zastupljena je u zdravstvenim ustanovama koje teže povećati svoju učinkovitost i opravdati povjerenje bolesnika koji traže njihove usluge

U mnogim zemljama Europe, SAD-u i u Australiji praćenje zadovoljstva bolesnika zdravstvenom zaštitom i različitim razinama zdravstvene zaštite uobičajena je praksa (44). Ankete o zadovoljstvu pacijenata na razini bolničke i primarne zdravstvene zaštite provelo je i Ministarstvo zdravstva u Hrvatskoj u razdoblju 2001.-2004. godine, ali kontinuitet istraživanja zadovoljstva pacijenata od strane zdravstvene politike nije održan.

2.2.5. Sestrinska dokumentacija

Proces implementacije sestrinske dokumentacije u Republici Hrvatskoj započeo je 2011. godine objavljivanjem Pravilnika o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama kojim su utvrđeni sadržaj i obrasci sestrinske dokumentacije u istim.

S obzirom na zakonsku obvezu vođenja sestrinske dokumentacije, medicinska sestra ima profesionalnu odgovornost dokumentiranja svih postupaka iz područja zdravstvene njege u okviru svojih kompetencija.

Obvezni dio sestrinske dokumentacije čine sljedeći obrasci (41) :

1. sestrinska anamneza
2. sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu
3. praćenje stanja bolesnika tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupka
4. medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci
5. trajno praćenje bolesnikova stanja
6. plan zdravstvene njege
7. lista provedenih sestrinskih postupaka
8. otpusno pismo zdravstvene njege

Pravilna i pravovremena sestrinska dokumentacija služi kao sustavna podrška komunikaciji multidisciplinarnog tima, odražava procjenu medicinskih sestra, promjene stanja pacijenata tijekom hospitalizacije te ishode pružene skrbi (46). Sukladno Zakonu o sestriinstvu, dokumentacija omogućava evaluaciju kvalitete zdravstvene njege jer predstavlja skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege. Važne karakteristike dokumentacije i vođenja evidencije su da podatci trebaju biti uneseni što prije moguće te se temeljiti na činjenicama i biti točni. Podatak je potrebno unijeti na način da nisu moguće naknadne izmjene ili dodavanja. Pri unošenju podataka potrebno je koristiti stručnu terminologiju te ne navoditi svoje subjektivno mišljenje i nerelevantna nagađanja. Sestrinska dokumentacija mora prikazivati točan slijed svih aktivnosti od bolesnikova dolaska na odjel (zavod) do njegovog otpusta (8). Dodatna vrijednost sestrinske dokumentacije je mogućnost korištenja podataka za istraživački rad, analizu sestrinskih teorija i primjenu u praksi te razvoj smjernica i standardnih postupaka i protokola.

Prema Zakonu o sestriinstvu, indikatori kvalitete zdravstvene njege tj. rada medicinskih sestara su: plan zdravstvene njege, provođenje postupaka zdravstvene njege, evaluacija zdravstvene njege i njezin utjecaj na zdravstveni status bolesnika.

3. Kontrola kvalitete zdravstvene njege

Kontrola kvalitete bavi se predviđanjem odstupanja i ispravljanjem procesa koji su doveli do odstupanja. U procesu kontrole kvalitete primjenjuje se niz statističkih alata, a učinkovitost i djelotvornost mogu se pratiti ključnim pokazateljima učinka (KPI - *Key Performance Indicators*) (8). Kontrola kvalitete može se podijeliti na unutarnju i vanjsku. U Republici Hrvatskoj unutarnju kontrolu kvalitete provodi Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene ustanove, a vanjsku Ministarstvo zdravstva (Sektor za kvalitetu zdravstvene usluge).

Zdravstveni djelatnici u kliničkom okruženju u kojem djeluju prvi provode unutarnju kontrolu kvalitete zdravstvene njege. Ovdje se ubrajaju klinički putovi, smjernice za kliničku izvedbu, protokoli i stabla odlučivanja. Primjerice u Kliničkom bolničkom centru Zagreb Ured za kontrolu kvalitete propisuje smjernice za prijavu sustavu upravljanja kvalitetom. Smjernice sadrže vrstu neželjenog događaja, obrazac kojim se prijavljuje, izvor obrasca (bolnički informacijski sustav, Alfresco- zbirka softvera za upravljanje informacijama KBC-a Zagreb , HALMED) te kome se dostavlja službeni dokument. Kao primjer kada se prijavljuje neočekivani neželjeni događaj prema pacijentima ispunjava se obrazac u Alfrescu te se odmah dostavlja pomoćniku ravnatelja za kvalitetu. U otklanjanju nepoželjnih događaja te smanjenju njihove pojavnosti doprinose intervencije medicinskih sestara te dobra procjena bolesnika prilikom uzimanja anamneze, razgovora s obitelji, analize medicinske dokumentacije te revizije postupaka.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO – *World Health Organization*) ističe važnost svestranog pristupa mjerenju kvalitete zdravstvenih ustanova s posebnim naglaskom na primjenu indikatora kvalitete (44). U bolničkom sustavu dokumentaciju i praćenje indikatora kvalitete zdravstvene njege provode medicinske sestre. Svaki bolnički odjel dužan je sakupljene podatke predati Povjerenstvu za kvalitetu zdravstvene ustanove, koje zatim sakupljene podatke analizira i statistički obrađuje. Povjerenstvo je dužno dostaviti obrađene podatke Ministarstvu zdravstva u obliku kvartalnih i polugodišnjih izvješća. Koji indikatori kvalitete zdravstvene njege će biti mjereni ovisi o primarnoj djelatnosti zdravstvene ustanove. U zakonskim okvirima bolnički odjeli moraju voditi evidenciju o svim indikatorima kvalitete zdravstvene njege.

4. Zaključak

Zdravstvenim propisima u Hrvatskoj je omogućen razvoj sustava upravljanja kvalitetom u zdravstvenim ustanovama preko jedinica za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite kao i praćenje i kontrolu kvalitete liječenja i njege.

Svrha prikupljanja indikatora kvalitete zdravstvene zaštite je dvojaka: da bi se osigurali postavljeni standardi te da bi se poboljšala kvaliteta zdravstvene usluge i povećalo zadovoljstvo korisnika i pružatelja usluga.

Bez prikupljanja i analize podataka o neželjenim događajima objektivno je teško utvrditi koji su problemi u osiguranju kvalitete zdravstvene njege najznačajniji u pojedinim odjelima, provesti edukaciju temeljem učenja na pogreškama i primijeniti specifične metode za održanje i postizanje profesionalnog standarda prema potrebama zdravstvene ustanove.

Praćenje kvalitete njege temeljem standardnih pokazatelja njege na bolničkom odjelu poput dekubitusa, pada bolesnika, bolničkih infekcija, zadovoljstva bolesnika i vođenja sestrinske dokumentacije može nam objektivno pokazati razlike između pojedinih odjela i ustanova.

Ove analize trebaju poslužiti za edukaciju medicinskih sestara za otklanjanje štetnih događaja i povećanje sigurnosti pacijenata, ali i za reviziju planova rada i poboljšanje zdravstvene njege.

Kvalitetna zdravstvena njega utječe i na smanjenje troškova liječenja jer otklanja ili svodi štetne događaje na najmanju moguću mjeru, čime utječe i na duljinu trajanja hospitalizacije.

5. Zahvala

Veliku zahvalnost, u prvom redu, dugujem svojoj mentorici prof.dr.sc. Urelji Rodin, na angažmanu, strpljenju i ljudskosti u trenucima pisanja ovog rada.

Posebnu zahvalnost iskazujem svojoj obitelji, ocu Stjepanu, bratu Jurici, obitelji Borošak i Židak na razumijevanju, strpljenju i podršci.

Zahvaljujem i prof.dr.sc. Vladimiru Bedekoviću, prof.dr.sc. Davoru Vagiću i glavnoj sestri Zavoda za kirurgiju glave i vrata, KBC Sestre milosrdnice, bacc.med.techn. Slavki Bukal na iskrenoj podršci prilikom upisivanju ovog fakulteta.

Također zahvaljujem svim kolegama i kolegicama iz Zavoda za hematologiju na strpljenju i podršci tijekom ove dvije godine.

HVALA svima.

6. Literatura

1. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008-2009 [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 1970 (pristupljeno 7.5.2021). Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>
2. The 3 Types of Nursing Sensitive Indicators (Internet). The Sentinel Watch. 2021 (pristupljeno 22.07.2021). Dostupno na: <https://www.americansentinel.edu/blog/2011/11/02/what-are-nursing-sensitive-quality-indicators-anyway/>
3. American Nurses Association. Scope and Standards of Practice (Internet). 2 izd. Nursing; 2010. (pristupljeno 22.07.2021). Dostupno na: <http://www.nursingworld.org/Nursing-Scope-Standards>
4. Shaw CD, Kalo I. Background for national quality policy in health systems (Internet). WHO document; 2002. (Pristupljeno dana: 11.11.2021.) Dostupno na : [www.euro.who.int.document](http://www.euro.who.int/document)
5. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite (Internet). Narodne novine; 114/2010. (pristupljeno 22.08.2021.) Dostupno na stranici: http://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_10_114_3014.html.
6. Ministarstvo zdravstva. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN124/11)
7. Kljajić M. Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2017.
8. Kalauz, S. Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
9. Huljev D. Kronične rane. Zagreb: Hrvatska udruga za rane; Naklada slap; 2013.
10. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abou Aldan D, Babić D i sur. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
11. Krizmanić J. Aktivno praćenje pacijenata s dekubitom na temelju sestrinske dokumentacije: Sestrinska dokumentacija- pravilna primjena i kontrola kvalitete. Zagreb: KB Merkur, Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite; 2017.

12. Ministarstvo zdravstva. Priručnik-opisne liste pokazatelja sigurnosti pacijenta i neočekivanih neželjenih događaja za 2021 (Internet). Sektor za kvalitetu zdravstvene usluge (pristupljeno:26.07.2021) Dostupno na: <https://pokazatelji.aaz.hr/upute/opisneliste2021.pdf>
13. Garretson S. Nurse to patient ratios in American health care. *Nurs Stand.* 2004;19:14-16,33-37.
14. Grgurević D. Dekubitus u zdravstvenoj njezi kardioloških bolesnika. *Cardiol Croat.* 2014;9:501.
15. Agostini, JV, Baker DI, Bogardus ST. Prevention of falls in hospitalized and institutionalized older people. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices* (Internet). Yale University Schools of Medicine and Public Health. 2001; 43: 281–300. (pristupljeno 26.07.2021) Dostupno na: <https://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap26a.htm>
16. Currie L. *Fall and Injury Prevention.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality ; 2008.
17. Mišković A. Izvješćivanje o padovima pacijenata i kontrola postupaka: Sestrinska dokumentacija-pravilna primjena i kontrola kvalitete. Zagreb: KB Merkur, Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite; 2017.
18. Vuković-Kostić Ž, Vuković M, Mirković S. The importance of nurses documentation at risk assessment for all of the patient in hospital environment. *Inspirium.* 2015; 14: 45–50.
19. Hendrich, A. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large conrruent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing research.* 2003;16 (1): 9–21.
20. Schwendimann, R, De Geest S, Milisen K. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalized patients. *Age and Ageing.* 2006; 35 (3): 311–313.
21. Vuković-Kostić Ž, Vuković M, Mirković S. The importance of nurses documentation at risk assessment for all of the patient in hospital environment. *Inspirium.* 2015; 14: 45–50.
22. Oliver D, Healey F, Haines T.P. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine.* 2010; 26 (4): 645–692.
23. Hendrich, A. Predicting Patient Falls: Using the Hednrich II Fall Risk Model in clinical pratice. *Adv Nurs Sci.* 2007; 11: 50–58.
24. Montalvo I. The National Database of Nusring Quality Indikators. *OJIN.* 2007; 12 (3): 2.
25. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Narodne novine 79/2011.

26. Ropac D. Epidemiologija zaraznih bolesti. Zagreb: Medicinska naklada; 2003.
27. Mesarić J, Kaić-Rak A. Bolesnikova sigurnost: bolesnik u središtu i programi Svjetske zdravstvene organizacije. Medix. 2010; 86:9–12.
28. LEMON-stručni tekstovi iz sestринства. WHO: Sarajevo: 1999.
29. Annual Report on the Prevention and Suppression of HCAI in hospitals in Croatia. Zagreb: 2006.
30. Report from the National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. Nosocomial Infection Rates for Interhospital Comparison: Limitations and Possible Solutions. Am J Infect Control. 2001;29:404-21.
31. Barret SP. Infection control in Britain. J Hosp Infect. 2002;50:1106-9.
32. Mađarić V. Bolničke infekcije kao indikator kvalitete zdravstvene skrbi. Medicus. 2011; 20: 1. 125-127
33. Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija (Internet). Narodne novine 85/2012. (Internet) (pristupljeno dana: 29.07.2021.) Dostupno na: <http://hkdm.hr/novosti/661/PRAVILNIK-O-UVJETIMA-I-NACINU>
34. Wenzel Richard P. A guide to Infection Control in the Hospital. An official publication on the International Society for Infectious Diseases. B.C. Decker. London; 1998.
35. World Health Organization. The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide (Internet). 2011. (Pristupljeno dana 26.07.2021.) Dostupno na: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-1.pdf
36. Kalenić S, Budimir A, Bošnjak Z, Acketa L, Belina D, Benko i sur. Smjernice za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama. Liječ vjesn. 2011;133:155-170
37. WHO. World Alliance for Safer Health Care. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: WHO: 2009 (Internet). (Pristupljeno : 26.07.2021.) Dostupno na : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
38. Boudjema S, Duour JC, Aladro AS, Desquerres I, Brouqui P. MediHandTrace: a tool for measuring and understanding hand hygiene adherence. CMI. 2014; 20:1:22-28
39. Eldar R. Vrsnoća medicinske skrbi: osnovni pojmovi i primjena u praksi. Zagreb. Medicinska naklada; 2003.
40. Carr-Hill R. The measurement of patient satisfaction. J. Public Health Med 1992. 14: 236-249 (Internet) (Pristupljeno dana: 25.07.2021.) Dostupno na stranici: <http://www.tmg.org.rs>.

41. Bendsen, P., Bjurulf, P., Perceived needs and patient satisfaction in relation to care provide individuals with rheumatoid arthritis. *Qual Assur Hlth Care*. 1993; 5:243-253
42. Mazzi B, Krčmar N, Gržalja N, Ferlin D, Ivančić A, Grgurev Z. i sur. Mišljenje pacijenata o našem radu: element procjene u procjeni kvalitete (Internet). (Pristupljeno dana: 20.07 2021.) Dostupno na : <http://www.hdod.net>.
43. Grol R, Wensing M, Mainz J i sur. Patients in Europe evaluate general practice: an international comparison (Internet). *Br J Gen Pract*. 2000;50:882–7. (Pristupljeno dana: 25.07.2021.) Dostupno na adresi: <http://hrcak.srce.hr/file/36739>.
44. WHO. Health for all. List of Statistical Indicators. Regional Office for Europe (Internet). Copenhagen: 1993. (Pristupljeno dana: 28.07.2021.) Dostupno na : <http://hrcak.srce.hr>.
45. Narodne novine. Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama. NN (79/2011).
46. Runciman W i sur. Towards an International Classification for Patient Safety: key components and terms. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009; 21:18–26.

7. Životopis

Magdalena Drvoderić, rođena 1993. godine, u Zagrebu, gdje završava srednjoškolsko obrazovanje 2012. godine - smjer opća gimnazija. Nakon toga upisuje Zdravstveno Veleučilište u Zagrebu - smjer sestrinstvo te stječe diplomu prvostupnice sestrinstva 2015. godine. Nakon završenog stručnog osposobljavanja i položenog državnog ispita, svoj radni staž započinje u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež 2017. godine. Zbog želje za kliničkim iskustvom prelazi u Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice na Kliniku za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata te nakon toga u Klinički bolnički centar Zagreb, Kliniku za unutrašnje bolesti, Zavod za hematologiju, gdje radi i danas.

**MAGDALENA DRVODERÍĆ DIPLOMSKI RAD-
SESTRINSTVO 2021.**

