

Kardiološka skrb i sigurnost pacijenata: monocentrično istraživanje kulture sigurnosti na zavodu za bolesti srca i krvnih žila

Mičik, Lucija

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:002473>

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

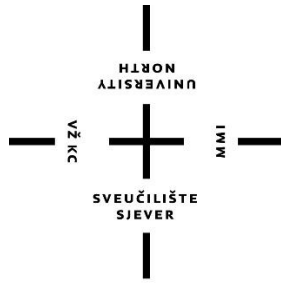
Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

DIPLOMSKI RAD br. 305/SSD/2023

**KARDIOLOŠKA SKRB I SIGURNOST PACIJENATA:
MONOCENTRIČNO ISTRAŽIVANJE KULTURE
SIGURNOSTI NA ZAVODU ZA BOLESTI SRCA I
KRVNIH ŽILA**

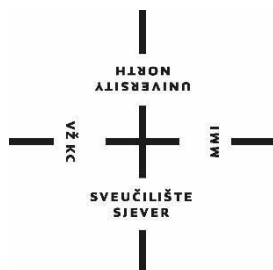
Lucija Mičik, 1003140631

Varaždin, kolovoz 2023.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstva – Menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 305/SSD/2023

**KARDIOLOŠKA SKRB I SIGURNOST PACIJENATA:
MONOCENTRIČNO ISTRAŽIVANJE KULTURE
SIGURNOSTI NA ZAVODU ZA BOLESTI SRCA I
KRVNIH ŽILA**

Student:

Lucija Mičik, mat.br. 1003140631

Mentor:

izv.prof.dr.sc.Tomislav Meštrović, dr.med.

Varaždin, kolovoz 2023.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

| | | | |
|-----------------------------|--|--------------|---|
| ODJEL | Odjel za sestrinstvo | | |
| STUDIJ | Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu | | |
| PRISTUPNIK | Lucija Mičik | MATIČNI BROJ | 1003140631 |
| DATUM | 15.09.2023. | KOLEGIJ | Javno zdravstvo i promocija zdravlja |
| NASLOV RADA | Kardiološka skrb i sigurnost pacijenata: monocentrično istraživanje kulture sigurnosti na zavodu za bolesti srca i krvnih žila | | |
| NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU | Cardiology care and patient safety: a single-center study of safety culture at a cardiovascular institute | | |
| MENTOR | Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović | ZVANJE | izvanredni profesor; viši znanstveni suradnik |
| ČLANOVI POVJERENSTVA | 1. izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg, predsjednica Povjerenstva | | |
| | 2. izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor | | |
| | 3. izv. prof. dr. sc. Rosana Ribić, član | | |
| | 4. doc. dr. sc. Ivana Živoder, zamjenski član | | |
| | 5. | | |

Zadatak diplomskog rada

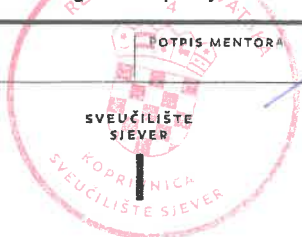
BROJ 305/SSD/2023

OPIS

Sigurnost pacijenata se odnosi na provođenje specifičnih mjera s ciljem osiguranja zaštite pacijenata od svih potencijalno štetnih događaja i neželjenih ishoda koji mogu proizaći iz njihove medicinske skrbi. Navedeno predstavlja kontinuirani proces unutar zdravstvenog sustava, usmjeren na sprječavanje neželjenih događaja, smanjenje rizika i poboljšanje kvalitete pružene zdravstvene skrbi. To uključuje identifikaciju rizika, analizu tih rizika i implementaciju mjera kako bi se smanjili rizici i procijenila učinkovitost poduzetih koraka. U okviru ovog diplomskog rada planira se provesti monocentrično istraživanje s ciljem procjene kulture sigurnosti na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila. Osnovni ciljevi ovog istraživanja su istražiti razinu kulture sigurnosti, procijenjenu od strane samih pacijenata, te utvrditi postoje li razlike u percepciji među zaposlenicima Zavoda, ovisno o njihovom radnom mjestu. Također, istraživanjem će se ispitati povezanost između percepcije kulture sigurnosti i varijabli koje su blisko povezane s njihovim radom, a dodatno će se istraživanje baviti i učestalošću prijavljivanja neželjenih događaja. Naglasak će biti stavljen i na ulogu magistre sestrinstva u ovom kontekstu, budući da je prioritet postavljanje pacijentove sigurnosti kao glavnog fokusa za sve zdravstvene i nezdravstvene djelatnike. Cilj je podići kvalitetu pružene zdravstvene zaštite na najvišu moguću razinu, s posebnim naglaskom na sigurnost pacijenata.

ZADATAK URUČEN

18.09.2023.



Predgovor

Htjela bih se zahvaliti mentoru izv. prof. dr. sc. Tomislavu Meštroviću, dr. med. na vođenju, savjetima i strpljenu potrebnom za izradu ovoga rada.

Isto tako htjela bi se zahvaliti profesorima, njihovim suradnicima i kolegama iz klupe na stečenom znanju i ugodnom društvu prilikom studiranja.

Također, najviše bi se htjela zahvaliti obitelji, prijateljima i kolegama sa posla na strpljenju i pomoći prilikom studiranja.

Sažetak

Monocentrično istraživanje procjene kulture sigurnosti na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila kao cilj imao je istražiti razinu kulture sigurnosti samih pacijenata procijenjenu od strane zaposlenika zavoda, utvrditi postoje li razlike u aspektima s obzirom na mjesto rada među ispitanika, postoji li povezanost sa varijablama koje su usko povezane uz radno mjesto te ispitati prijavljuju li se i samu učestalost prijavljivanja neželjenih događaja.

Istraživanje se provodilo u Kliničkoj bolnici Dubrava na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila te je sveukupni broj ispitanika bio 46. Ispitanici su bili medicinske sestre i tehničari samoga zavoda. Anketa je u potpunosti anonimna te se provodila uživo. Sastoji se od osam odjeljaka u kojima se ispituju razni segmenti istraživanog. Vrijeme koje je bilo potrebno za provedbu istraživanja bilo je od travnja do svibnja 2023. godine.

Rezultati su pokazali kako su svi ispitanici u neposrednom kontaktu sa pacijentima na svakodnevnoj bazi, većina ispitanika radi na medicinskim ne-kirurškim odjelima, najveći broj ispitanika zaposlen je u Kliničkoj bolnici Dubrava više od 21 godinu. Ispitani podatci navode kako većina ispitanika u posljednjih 12 mjeseci nije ispunila i prijavila neželjeni događaj, a kao razlog navodi se nedostatak podrške od rukovodećeg kadra, strah od osuđivanja i/ili disciplinskih mjera. Poticanjem komunikacije i timskog rada pospješujemo unaprjeđenje procesa kulture sigurnosti te posljedično tome minimiziramo pojavnost neželjenih događaja.

Stavljanje pacijentove sigurnosti u fokus svih zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika primarni je cilj kako bi se razina pružene zdravstvene zaštite dovela na što kvalitetniju razinu.

Ključne riječi: kultura sigurnosti, medicinska sestra/tehničar, istraživanje

Summary

A monocentric study on the assessment of the safety culture at the Institute for Cardiovascular Diseases aimed to investigate the level of the safety culture of the patients themselves as assessed by the employees of the institute, to determine whether there are differences in aspects with regard to the place of work among the respondents, whether there is a connection with the variables that are closely related to the workplace, and examine whether the frequency of reporting unwanted events is also reported.

The research was conducted at the Dubrava Clinical Hospital at the Institute for Heart and Blood Vessel Diseases, and the total number of respondents was 46. The respondents were nursing professionals of the institute itself. The survey is completely anonymous and was conducted live. It consists of eight sections in which various segments of the researched are examined. The time needed to carry out the research was from April to May 2023.

The results showed that all respondents are in direct contact with patients on a daily basis, the majority of respondents work in medical non-surgical departments, the largest number of respondents have been employed at the Dubrava Clinical Hospital for more than 21 years. The examined data indicate that the majority of respondents in the last 12 months did not fill out and report an unwanted event, and the reason given was lack of support from management staff, fear of condemnation and/or disciplinary measures. By encouraging communication and teamwork, we promote the improvement of the safety culture process and consequently minimize the occurrence of unwanted events.

Putting patient safety in the focus of all health and non-health workers is the primary goal in order to bring the level of health care provided to the highest possible level.

Key words: safety culture, nurse/technician, research

Sadržaj

| | |
|---|----|
| 1. Uvod | 1 |
| 2. Sigurnost bolesnika | 3 |
| 2.1 Sigurnost bolesnika kroz povijest | 4 |
| 2.2. Pogreška | 6 |
| 2.3. Komunikacija i timski rad | 8 |
| 2.4. Kultura sigurnosti pacijenata | 11 |
| 2.5. Sigurnost lijekova | 12 |
| 2.6. Tehnologija i sigurnost pacijenata | 13 |
| 2.7. Kontrola infekcija | 15 |
| 2.8. Kultura sigurnosti i pandemija COVID-19 | 16 |
| 3. Istraživački dio | 20 |
| 3.1. Cilj istraživanja | 20 |
| 3.2. Metode istraživanja | 20 |
| 3.3. Ispitanici | 21 |
| 3.4. Hipoteze | 21 |
| 3.5. Statističke metode | 22 |
| 4. Rezultati istraživanja | 23 |
| 5. Rasprava | 33 |
| 6. Zaključak | 38 |
| 7. Literatura | 40 |
| 8. Popis korištenih slika i grafova | 44 |
| 9. Prilozi | 45 |
| 10. Životopis | 47 |

1. Uvod

Sigurnost pacijenata odnosi se na poduzimanje određenih mjera kojima osiguravamo zaštićenost pacijenata od svih štetnih događaja i neželjenih ishoda koji su povezani sa njihovom medicinskom skrbi. Ono predstavlja kontinuirani proces unutar samog zdravstvenog sustava koji za cilj poduzima sprječavanje neželjenih događaja, ublažavanje rizika i poboljšanje kvalitete pružene skrbi. Obuhvaća identifikaciju rizika, analizu rizika i uvođenje mjera u svrhu smanjenja i evaluacije poduzetog.

Bilo koja neželjena situacija, incident koji je nastao prije, za vrijeme ili nakon boravka pacijenata u bolnici smatra se da može ugroziti sigurnost pacijenata. Sigurnost pacijenta temeljno je načelo zdravstvene zaštite. Čak 134 milijuna štetnih događaja, sa 2,6 milijuna smrti pogađaju zemlje sa niskim i srednjim dohotkom. Otprilike 134 milijuna štetnih događaja u svijetu uzrokuju 2,6 milijuna smrti svake godine. Procjene pokazuju da u zemljama s visokim dohotkom oko 1 od 10 pacijenata bude ozlijeđen tijekom primanja bolničke skrbi. Ovaj problem pogađa i zemlje s visokim prihodima i zemlje s niskim i srednjim prihodima, čak i ako se prioriteti i pitanja razlikuju. Globalni pokret za sigurnost pacijenata prvi put je potaknut 1999. godine izvješćem Instituta za medicinu (IOM) "Ljudski je griješiti". Iako je postignut određeni napredak, šteta za pacijente još uvijek je svakodnevni problem u zdravstvenim sustavima diljem svijeta. Dok dugotrajni problemi ostaju neriješeni, pojavljuju se nove, ozbiljne prijetnje. Bolesnici su sve stariji, imaju složenije potrebe i često su pogođeni višestrukim kroničnim bolestima; štoviše, novi tretmani, tehnologije i prakse, iako imaju ogroman potencijal, također nude nove izazove. Kako bi se zajamčila sigurnost skrbi u ovom kontekstu, potrebno je uključivanje svih sudionika, uključujući i zdravstvene radnike i pacijente, zajedno sa snažnom predanošću vodstva zdravstvene skrbi na svim razinama (1).

Puno prije nego što se stavio naglasak na poboljšanje kvalitete na nacionalnoj i državnoj razini sestrinstvo se bavilo definiranjem i mjerenjem kvalitete. Florence Nightingale prikupljala je i obrađivala podatke o mortalitetu među britanskim vojnicima 1855. godine i postigla značajno smanjenje smrtnosti kroz uvođenje primjerenih metoda organizacije i osnovnih standarda higijenske prakse. Također joj se pripisuje stvaranje prvih svjetskih mjera učinkovitosti bolnica. Tijekom prošlosti sigurnost pacijenata često je promatrana kroz uske aspekte sestrinske njege pacijenata, kao što je izbjegavanje pogreška u liječenju i

spriječavanje pada pacijenata. Dok ti sigurnosni aspekti ostaju važni u skrbi, širina i dubina sigurnosti pacijenata i poboljšanja kvalitete mnogo su veći. Najkritičniji doprinos sestrinstva sigurnosti pacijenata, u bilo kojem okruženju, je sposobnost koordinacije i integracije višestrukih aspekata kvalitete unutar skrbi koju izravno pruža sestrinstvo, te preko skrbi koju pružaju drugi u okruženju (2).

Sigurnost pacijenata je kamen temeljac visokokvalitetne zdravstvene zaštite. U današnje vrijeme poduzimaju se razne mjere kojima se definira primjerena sigurnost pacijenata te sigurna praksa koja sprječava štetu i pojavu negativnih ishoda sestrinske skrbi, kao što su mortalitet i morbiditet. Medicinske sestre ključni su faktor za nadzor i koordinaciju kojom smanjujemo štetne ishode. Još mnogo posla treba obaviti u procjeni utjecaja zdravstvene njege na pozitivne pokazatelje kvalitete, kao što su primjerena samoskrbi i druge mjere poboljšanog zdravstvenog stanja (3).

2. Sigurnost bolesnika

Sigurnost pacijenata je disciplina koja primjenjuje znanje o sigurnosti kako bi se postigao učinkovitiji sustav pružanja zdravstvene skrbi. To je vrlo važni atribut zdravstvene ustanove, a njime se smanjuje učestalost i povećava sposobnost oporavka od neočekivanih događaja. Svi zdravstveni djelatnici moraju biti osposobljeni naučiti iz trenutnih neuspjeha i neželjenih događaja (4). Neki od ključnih elemenata sigurnosti pacijenata uključuju:

- Komunikacija i timski rad: kvalitetna i otvorena komunikacija između pacijenata i zdravstvenog osoblja, kao i među članovima zdravstvenog tima, ključni su elementi sigurnosti pacijenata. Jasno komuniciranje i ispravna interpretacija ključan su faktor.
- Kultura sigurnosti: podrazumijeva pristup zdravstvenoj skrbi u kojem se prepoznaje važnost sigurnosti pacijenata kao primarnog cilja svih djelatnosti u zdravstvu.
- Sigurnost lijekova: pravilna identifikacija pacijenata, praćenje interakcija lijekova, ispravno doziranje i administracija lijekova.
- Tehnologija i sigurnost pacijenata.
- Kontrola infekcija: upotreba osobne zaštitne opreme, dezinfekcija medicinskog pribora i prostora.

2.1 Sigurnost bolesnika kroz povijest

Sama povijest medicine proteže se tisućama godina unatrag kroz razne kulture, civilizacije i pokrete. Obilježena je postupnim napretkom i evolucijom počevši od religijskih rituala pa sve do visoke tehnologije s kojom se danas susrećemo uz neprekidan napredak kako bi svakom pojedinu bila osigurana adekvatna skrb i kako bismo ispunili sve osnovne potrebe današnje civilizacije.

U davnim civilizacijama kao što je kineska, egipatska, indijska samo liječenje bolesnika bilo je povezano više uz religijska i određena duhovna uvjerenja. Medicinski tretmani bili su kombinirani sa određenim vjerskim ritualnima, a za današnje standarde higijena je bila izrazito neprikladna. Zbog samog pristupa liječenju i nedostatku znanja o samim infekcijama, bakterijama i sigurnosti posljedice su bile često po život opasne. Protokoli i pravila prilikom liječenja nisu postojala, sigurnost pacijenata nije bila u fokusu, a kvalifikacije samog medicinskog osoblja nisu bile regulirane. Tadašnja medicina zapravo bazirala se na opažanjima o i prijašnjem iskustvu, a liječenje provodilo se određenim ljekovitim biljkama, magijom i posebnim ritualima.

U srednjem vijeku medicinska praksa još uvijek je bila poprilično ograničena, uglavnom se prenosila s koljena na koljeno, odnosno sa generacije na generaciju te zbog još uvijek nedostatnog znanja i sustava strukturiranog obrazovanja posljedice provedenih tretmana bile su uglavnom komplicirane razvojem infekcija zbog nedostatka higijene i osnovnog razumijevanja mehanizma razvoja infekcije te su u konačnici imali veliki postotak letalnih ishoda.

Kao ključno mjesto u povijesti medicine smjestila se starogrčka medicina. Ona se smatra prekretnicom moderne medicine i početka razvoja modernih pristupa dijagnostike i liječenja samih pacijenata. Ocem medicine smatra se Hipokrat, on je promovirao kako uzročnici bolesti nisu posljedica određenih sila, rituala ili slično već posljedica prirodnih događanja u ljudskom tijelu. Razvio je teoriju četiri humora koja je služila boljem razumijevanju same ravnoteže tijela i zdravlja. Uz pomoć Hipokratove teorije počela se razvijati medicina koja je pružila odmak od liječenja magijom i vjerskim ritualima. Grčki liječnik Galen znatno je doprinio početku razvoja fiziologije i anatomije gdje je proučavanjem ljudskog tijela, mišića, kostiju i živaca

vodio bilješke o zapaženim saznanjima. U starogrčkoj medicini naglasak je bio na opservaciji samih ljudi te bilježenju svega primijećenog (5). Kako je vrijeme prolazilo tako se i sama medicina nastavljala razvijati velikim koracima. Tijekom 18. i 19. stoljeća razvijeno je prvo cjepivo protiv velikih boginja, počelo se sve više pričati o higijenskim mjerama, te je tako Joseph Lister govorio o antiseptičkoj praksi u kirurgiji kako bi se smanjila smrtnost prilikom porođaja. Penicilin, otkriven je 1928. godine te se tom godinom smatra početak upotrebe antibiotika u svrhu liječenja infekcija. Isto tako, u 20. stoljeću počela se pridavati sve veća pažnja genetici u medicini. Sama medicina od starih drevnih naroda pa sve do današnje moderne medicine ubrzano je napredovala te nam uz integriranje raznih medicinskih otkrića, tehnoloških postignuća i korištenjem multidisciplinarnih pristupa omogućuje sve kvalitetnije, sveobuhvatnije razumijevanje ljudskog tijela i uma (6).

Posljednjih nekoliko desetljeća dolazi sve većeg i bržeg razvoja medicine kao znanosti. Najveći utjecaj na to ima brzi razvoj tehnologije koji nam omogućuje sve precizniju dijagnostiku, mogućnosti ranijeg liječenja i primjene pametnih lijekova i veće očuvanje kvalitete života samog pacijenta. Za razliku od povijesti gdje su se bolesti liječile magijom današnja terapija funkcionira tako da se individualno prilagođava karakteristikama svakog pojedinog pacijenta. Ona nam upravo pospješuje ishode liječenja i utječe na smanjenje rizika od neželjenih komplikacija. U zdravstvenom sustavu današnjice pacijent se gleda kroz takozvani holistički pristup, gdje pacijenta gledamo kao cjelinu te uzimamo u obzir fizičke, psihičke, emocionalne i društvene čimbenike. Za takvo liječenje potrebno nam je uključiti multidisciplinarni tim gdje u liječenju i prevenciji sudjeluju stručnjaci svih zvanja i zanimanja. Iako sama moderna medicina donosi velike prednosti, nova revolucionarna saznanja te neprekidan napredak ona pred sobom nosi razne etičke izazove. Povećana upotreba tehnologije omogućuje nam lakše snalaženje i jednostavniji pristup podacima pacijenata, ali isto tako ovdje se postavlja pitanje zaštite pacijentovih podataka i povreda privatnosti pacijenta kao pojedinca.

2.2. Pogreška

Počiniti ozbiljnu pogrešku jedno je od najstresnijih profesionalnih iskustava za liječnika ili bilo koga u kliničkoj praksi. U drugim profesijama, kao što su frizer ili zlatar, ozbiljne se pogreške općenito mogu ispraviti uz ispriku i naknadu za pretrpljene gubitke. Ali u medicini pogreške mogu imati ozbiljne i doživotne posljedice za pacijente i obitelji.

Medicinske škole s pravom potiču najviše standarde profesionalne prakse. Od liječnika se očekuje da naporno rade i daju sve od sebe za svoje pacijente te, idealno, da ne čine pogreške. Primamljivo je misliti da samo 'loši' ili 'lijeni' ljudi griješe i da čineći ozbiljnu pogrešku implicira manu u karakteru koja nije dostojna ozbiljnog profesionalca. Međutim, stvarnost je da će svi liječnici, zapravo svi kliničari, pogriješiti tijekom svoje karijere i da će neke od njih imati ozbiljne posljedice.

Pogreške ne možemo u potpunosti izbjeći, ali možemo puno učiniti da ih smanjimo, brže uočimo i zaštitimo pacijente od najgorih posljedica. Međutim, da bismo to učinili, moramo razumjeti prirodu pogreške i, posebno, kako radni uvjeti snažno utječu na naše ponašanje i vjerojatnost pogreške. Također moramo razumjeti da iako možemo uložiti osobne napore da izbjegnemo pogreške, najveća zaštita dolazi od rada u timu ljudi koji su spremni prepoznati pogreške, govoriti o njima, podržavati jedni druge i zaštititi pacijente i kolege od posljedice grešaka (7).

Pojmovi pogreška i štetni događaj definirani su kako slijedi:

- Pogreška se definira kao neuspjeh da se planirana radnja završi kako je planirano (tj. pogreška u izvršenju) ili korištenje pogrešnog plana za postizanje cilja (tj. pogreška u planiranju).
- Štetni događaj je ozljeda uzrokovana medicinskim liječenjem, a ne osnovnim stanjem pacijenta. Neželjeni događaj koji se može pripisati pogrešci je "neželjeni događaj koji se može spriječiti". Štetni događaji iz nemara predstavljaju podskup štetnih događaja koji se mogu spriječiti i koji zadovoljavaju zakonske kriterije koji se koriste za utvrđivanje nemara (tj. nije li pružena skrb zadovoljila standard skrbi koji se razumno očekuje od prosječnog liječnika kvalificiranog za brigu o dotičnom pacijentu) (8).

- Pogreške u medicini kao što je ranije navedeno imaju značajniji utjecaj na opće stanovništvo od drugih profesija. Smatramo ih jednim od vodećih uzroka mortaliteta diljem cijelog svijeta.

Postoje dvije glavne vrste grešaka:

- I. Pogreške propusta nastaju kao rezultat radnji koje nisu poduzete. Primjeri su nevezanje pacijenta za invalidska kolica ili nestabiliziranje kolica prije prijenosa pacijenta.
- II. Pogreške komisije nastaju kao rezultat pogrešno poduzetih radnji. Primjeri uključuju davanje lijeka na koji pacijent ima poznatu alergiju ili neoznačavanje laboratorijskog uzorka koji se naknadno pripisuje pogrešnom pacijentu (9).

Većina ljudi na medicinske pogreške gleda kao na "problem pojedinog pružatelja usluga", a ne kao na neuspjeh u procesu pružanja skrbi u složenom sustavu pružanja usluga. Na pitanje o mogućim rješenjima za sprječavanje medicinskih pogrešaka, radnje koje su ispitanici ocijenili vrlo učinkovitima bile su "zadržavanje zdravstvenih djelatnika s lošom prošlošću od pružanja skrbi" (75 posto) i "bolja obuka zdravstvenih djelatnika" (69 posto) (10).

Zdravstveni djelatnici doživljavaju duboke psihološke učinke kao što su ljutnja, krivnja, neadekvatnost, depresija i samoubojstvo zbog stvarnih ili percipiranih pogrešaka. Prijetnja od predstojećeg pravnog postupka može pogoršati ove osjećaje. To također može dovesti do gubitka kliničkog povjerenja. Strah od kazne čini zdravstvene djelatnike nevoljnima prijaviti pogreške. Dok se boje za sigurnost pacijenata, također se boje disciplinskih mjera, uključujući strah od gubitka posla ako prijave incident. Nažalost, neprijavlivanje doprinosi vjerojatnosti ozbiljne štete pacijentu. Mnoge zdravstvene ustanove imaju stroge politike koje također stvaraju neprijateljsko okruženje. Zbog toga osoblje može oklijevati prijaviti pogrešku, minimizirati problem ili čak propustiti dokumentirati problem (9).

Kultura sigurnosti pacijenata je važan aspekt u prevenciji pogrešaka u medicini. Glavni preduvjet za uspješnost kulture sigurnosti jest osjećaj sigurnosti djelatnika sa dijeljenjem informacija i otvorenom komunikacijom o pogreškama, problemima prilikom pružanja zdravstvene skrbi. Poticanje izvještavanja o incidentima i poticanje da se dijele

vlastita iskustva znatno bi smanjilo buduće pogreške. Neizostavan dio u prevenciji pogrešaka u medicini je pravilna primjena protokola i smjernica za pružanje zdravstvene skrbi. Razvijeni standardi za dijagnostiku, liječenje i prevenciju bolesti koji moraju biti utemeljeni na najboljim mogućim dostupnim dokazima. Također, sami protokoli moraju uključiti neprekidnu edukaciju svih zdravstvenih djelatnika o novim saznanjima i praksama u medicini. U današnje vrijeme tehnologija i mediji igraju važnu ulogu u prevenciji pogrešaka u medicini. Adekvatan medicinski sustav može smanjiti rizik od pogrešaka u zdravstvenoj skrbi.

2.3. Komunikacija i timski rad

U kasnim 1800-ima, Florence Nightingale je prethodno komentirala važnost "primjerene komunikacije između medicinskog djelatnika i samog bolesnika". Citirali su je kako je rekla: "Uvijek sjedite u vidokrugu pacijenta, tako da kada razgovarate s njim, on ne mora bolno okretati glavu da vas pogleda. Svi nehotice gledaju u osobu dok govore. Dakle, također nastavljajući stajati, tjerate ga da stalno podiže oči da vas vidi..." (11).

Komunikacijski alati u zdravstvu temelje se na ostvarivanju međuljudske komunikacije. Prvo ljudsko oruđe koje nam je pomoglo prilikom procesa socijalizacije smatra se interpersonalna komunikacija. Definirana je kao proces koji se odvija između dvoje pojedinaca, a kako ona napreduje utječe i pomaže nam prilikom adekvatnog definiranja postignutog odnosa, kaže Floyd. U djelu „Psihologija komunikacije. Teorije i metode“ autor Jean-Claude Abric navodi kako je komunikacija niz procesa kojima se razmjenjuju informacije i daje značenje situaciji između pojedinaca koji su se našli u određenoj situaciji (12).

Paul Watzlawick naveo je nekoliko bitnih faktora ljudske komunikacije skupivši ih u autorskoj knjizi *Pragmatics of Human Communication*:

1. Nemoguće je ne komunicirati
2. Sadržajni i odnosni aspekt sastavni su dio komunikacije
3. Priroda odnosa određena je shvaćanjem ponašanja sugovornika
4. Osnovni putevi komunikacije: verbalna i neverbalna

5. Komunikacija se može nadopunjavati ili pak ostati simetrična

Susret minimalno dvoje sudionika preduvjet je za komunikaciju, komunikacija ne mora nužno biti verbalna, a komuniciranjem smatra se čak i ako osoba odbije komunicirati. Većina informacija prenosi se verbalnim putem, često je upravo važnost neverbalne komunikacije zanemarena u svakodnevnom životu. Smatra se kako je upravo neverbalna komunikacija u stvarnosti neizostavan dio svakodnevnih interakcija. Komunikacija između ljudi prilikom kojih se ne koriste riječi, bilo to svjesno ili nesvjesno smatra se neverbalnom komunikacijom. Ona je okarakterizirana određenim znakovima koji čine neverbalno ponašanje (13).

Motivacija za razgovor i uspostava dobrog međusobnog odnosa smatraju se osnovnim preduvjetima za uspješnu komunikaciju (14). Isto tako, uspješnost u komunikaciji postiže se dobrim govorom, dobrim slušanjem i dobrim gledanjem. Glavna svrha aktivnog sudjelovanja je razumjeti sugovornika, provjeriti jesmo li dobro shvatili primljene poruke te sudjelovati prilikom izražavanja sudionika. Većina populacije smatra slušanje dolazi prirodno. Postoji nekoliko ključnih faktora koji potiču ljude da ne slušaju sugovornika. Prvim razlogom smatra se usporen ritam govora, tada sudionik ima vremena za vlastite misli. Manjak koristi također jedan je od razloga neučinkovitog slušanja, dok posljednji može biti tehnološka preopterećenost, kao što je korištenje mobilnih uređaja i drugih distraktora. Prilikom aktivnog slušanja osoba mora posjedovati vještinu prepoznavanja i razumijevanja što sugovornik želi reći.

U području zdravstva, to je proces u kojem zdravstveni djelatnik aktivno i dinamično pristupa slušanju pacijenata. On ne samo da bilježi činjenice koje pacijent iznosi, već pažljivo sluša poruke koje pacijent šalje, tumači njihovo značenje i pruža povratnu informaciju o svom razumijevanju te poruke (14,15). Svakodnevna komunikacija, bila ona između medicinskih sestara, liječnika ili ostalog medicinskog osoblja zahtjeva vrlo dobro razvijene komunikacijske vještine. Razumijevanje trenutnog stanja pacijenta, trenutne situacije i mogućeg slijeda događaja važno je među bolničkim osobljem prilikom kontakta sa samim pacijentom i/ili njegovom obitelji. Dosljednost, struktura i ponovljivost komunikacije omogućuju nam bolje razumijevanje samog pacijenta i njegovih potreba. Ono nam u konačnici rezultira većim zadovoljstvom pacijenta te razvojem boljeg i kvalitetnijeg ishoda pružanja same zdravstvene skrbi (16).

Tim (engl. Team) je manja skupina pojedinaca, najčešće ju sačinjava 15 do 20 članova sa zajedničkim ciljem, vizijom te kolektivnom odgovornošću. Obrazovanje, hijerarhijske razine, različite struke, odgovornosti i godine čimbenici su koji svaki tim čine drugačijim i posebnim (17). Kohezija (franc. cohesion, prema lat. *cohaerere*, povezanost) riječ je koju koristimo u raznim područjima, a smatra se silom koja povezuje tim. Ona nam daje uzajamnu privlačnost, članovi sudjeluju u grupnim aktivnostima te su odani i privrženi timu. Kohezija je proporcionalna, te nam govori da je ona veća samim time što je osjećaj pripadnosti i zadovoljstva u grupi veći. Entuzijizam, solidarnost i ponos čine jaku koheziju tima. Osobe su spremne pomoći, uživaju u druženju sa djelatnicima izvan radnog vremena (18). Timski rad u zdravstvu jedini je ispravan način rada.

Suradnja je način komuniciranja u multidisciplinarnom stručnom timu. To je proces u kojem dvoje ili više osoba zajedničkim snagama rješavaju određeni problem, dijele odgovornost za rješavanje i zajednički utječu na ishod samog problema. Suradnju ostvarujemo kroz rješavanje problema pacijenta ili kroz razvoj stručnih vještina potrebnih za provođenje procesa zdravstvene njege. Preduvjet za funkcioniranje samog odnosa mora biti međusobno razumijevanje struke i međusobno poštivanje u timu. Prilikom procesa obrazovanja počinje i razumijevanje, poštivanje i razvoj odgovornosti prema drugim kolegama i stručnjacima. Vrlo je uobičajeno da se određena zanimanja obučavaju bez poznavanja uloge drugih zanimanja s kojima će morati surađivati i raditi. Suradnja je dobra komunikacija među članovima tima, gdje zapravo stručnjaci sagledavaju članove kao osobe sa različitim stajalištima, ali zajedničkim utjecajem na brigu pacijenata. To podrazumijeva da liječnik prilikom određivanja načina liječenja bolesnika uzima u obzir i sestrinsku dijagnozu (14). Svi djelatnici u zdravstvu, bez obzira na radno mjesto, specifičnosti profesije i zahtjevnosti posla bitan je i neizostavan dio tima koji čini cjelinu. Maksimalna učinkovitost u poslu postiže se primjerenom suradnjom između suradnika (20).

2.4. Kultura sigurnosti pacijenata

Svjetska zdravstvena organizacija navodi kako se kultura sigurnosti pacijenata odnosi na smanjenje ili sprječavanje pojave medicinskih grešaka te njihovog štetnog utjecaja na samog pacijenta prilikom pružanja zdravstvene njege. Svaka greška može dovesti do različitih ozljeda, pojave invaliditeta ili u konačnici letalnog ishoda. U zdravstvenoj industriji diljem planeta prepoznala se potreba za poboljšanjem kulture sigurnosti pacijenata te se ona smatra jednom od strateških komponenti upravljanja zdravstvenim sustavom (21).

Koncept koji se kontinuirano razvija, usredotočen na sprječavanje grešaka te uspostavljanje adekvatne sigurnosti pacijenata. Kultura sigurnosti pacijenata prema nekolicini autora zapravo je rezultat međudjelovanja stavova, vještina, vrijednosti i ponašanja (22). Kada govorimo o kulturi sigurnosti govorimo zapravo o višefaktorskom okviru kojemu je glavni cilj prevencija i smanjenje pojavnosti štete za pacijente. Brojni čimbenici utječu na kulturu sigurnosti, a neki od njih su adekvatna komunikacija, sigurnost okoline, otvorena komunikacija o medicinskim greškama i usklađenost programa (23). Pokazalo se da neadekvatna komunikacija, nedostatak timskog rada i usmjerenog vođenja od strane nadređenih, slaba ili neadekvatna dokumentacija značajno utječu na negativan ishod pružanja zdravstvene skrbi (24). Isto tako, pokazalo se kako visoka razina sigurnosti pacijenata pozitivno utječe na rezultate i ishod liječenja pa tako i smanjuje financijske troškove same bolničke ustanove (25).

Kada govorimo o ključnim čimbenicima koji dovode do pojave neželjenih događaja neke od glavnih faktora koji utječu smatraju se: neadekvatno prikupljanje informacija, nedostatna dokumentacija o poslijekirurškim infekcijama, pojavnosti plućne embolije ili pojave duboke venske tromboze, hematoma, nuspojave lijekova, dekubitusa ili pak pad pacijenta. Kao jedan od problema navodi se neadekvatna primjena standardiziranih protokola, manjak edukacije svih zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika (26).

Kultura sigurnosti zapravo nam je jedan od glavnih pokazatelja slabosti ili snaga u određenoj zdravstvenoj ustanovi, bilo to na mikro razini kao što je određena zdravstvena ustanova ili na makro razini odnosno na razini države. Također, ona je

polazište za provođenje planova i poduzimanje primjerenih mjera za poboljšanje kulture sigurnosti pacijenata (27).

2.5. Sigurnost lijekova

Kao jedno od osnovnih zadaća svih zdravstvenih djelatnika, službenika koji rade u agencijama za lijekove te samih proizvođača lijekova smatra se sigurnost pacijenata. Kako bismo tu sigurnost postigli osnovni preduvjet je međusobna komunikacija i suradnja putem farmakovigilancijskih sustava.

Sama riječ *pharmakon* grčkog je porijekla- označuje lijek, te riječ *vigilare* latinskog porijekla označujući promatranje. Označuju skup aktivnosti usko povezane uz procjenu, otkrivanje, preveniranje, razumijevanje te postupanje u slučaju kada dođe do određene nuspojave lijeka, isto tako prilikom novih saznanja o mogućoj škodljivosti samog lijeka.

Proučavajući prošlost sami lijekovi proizvodili su se i prepisivali populaciji bez adekvatnog nadzora. Prije stotinjak godina Chase i Schlink objavili su članak u kojem se opisuje prodaja „šarlatanskih“ lijekova koje određeni proizvođači nazivaju „svemogućim“ proizvodima – ali bez objavljivanja djelatnih tvari (28). Kada bi koristili primjer, jedan od poznatijih bile bi tablete za mršavljenje čiji su aktivni spojevi bila svinjska ili goveđa štitnjača s mješavinom hormona štitnjače. Navedene hormone koristimo i danas u liječenju ali uz farmakoviliganciju oni se koriste u kontroliranim uvjetima i služe u liječenju hipotireoze. U prošlosti, nuspojave lijeka nisu bile navedene, a smatraju se iznimno važnim. Neke od nuspojava koje su se pojavljivale kod tableta za mršavljenje bile su: nesanica, povraćanje, mučnina, diarrheja, aritmije... Krajem 50-ih godina prošlog stoljeća dogodila se jedna od najvećih tragedija u povijesti lijekova te se njome zapravo pokrenula regulacija proizvodnje i uporabe lijekova. To je bila Talidomidska katastrofa. Talidomid je aktivna tvar koja u sebi sadrži sedativ te se prepisivao i primjenjivao kod trudnica kako bi smanjio jutarnje mučnine. Nakon što se utvrdilo da talidomid posjeduje teratogene učinke pokrenulo se istraživanje kojim se ustvrdilo da se korištenjem lijeka rodilo više od 10 000 djece sa određenim prirođenim manama – malformacije ruku, nogu, unutarnjih organa.

Također, u bližoj prošlosti koristio se lijek za liječenje inkontinencije – Terodilin hidroklorid. Proizvod je povučen iz prodaje zbog toga što je izazvao aritmije – torsade de pointes. Nakon povlačenja lijeka, zabilježeno je 70 slučajeva navedene aritmije od kojih je jedna trećina imala letalni ishod.

Ovakvi slučajevi potaknuli su uvođenje dobre prakse u procesu razvoja i distribucije lijeka. Da je tada postojao sustav farmakovigilancije s kojim danas raspolažemo ovi događaji ne bi se dogodili. Kako bi spriječili daljnje neželjene događaje Svjetska zdravstvena organizacija 1969. pokrenula je pilot projekt u kojem se prikupljaju nuspojave lijekova iz cijelog svijeta i time osiguravaju temelj sustava farmakovigilancije (28).

Upravo zbog toga, zdravstveni djelatnici dužni su biti adekvatno educirani o primjeni, sastavu, mehanizmima djelovanja kako bi omogućili pravom pacijentu pravi lijek, u pravo vrijeme, na pravi način u ispravnoj dozi.

2.6. Tehnologija i sigurnost pacijenata

Informacijska i komunikacijska tehnologija u današnje vrijeme neizostavan je dio čovjekovog života, a to naravno uključuje zdravstvo i medicinu. Kako bismo proširili znanje, imali dostupno više informacija u svrhu odgovornog odlučivanja upravo nam tehnologija olakšava pristup brojnim informacijama i njihovom korištenju (30). Evolucija u području tehnologije u medicini omogućila nam je bolje i veće mogućnosti liječenja pacijenata, ali isto tako nametnula veće financijske troškove. Kako bi zdravstveni sustav bio učinkovit i samodostatan on podrazumijeva dobivanje maksimalnih rezultata uz minimalno ulaganje, bitna je zdravstvena edukacija, prevencija, praćenje ishoda liječenja. Kako bismo sve ove aspekte adekvatno riješili neophodne su nam informacijske vještine u zdravstvu (31).

Sama medicina i zdravstvo smatraju se vrlo osjetljivim područjem kada govorimo o sigurnosti i tehnologiji. Neadekvatnom uporabom ili zloupotrebom zdravstvenih podataka može direktno doći do pojave neželjenih ishoda. Današnjica nam pokazuje kako postoji razni niz pogrešne uporabe ili čak i zlouporabe prilikom

korištenja tehnologije te je zato potrebno ocijeniti mogućnost komunikacije, definirati koji su okviri uporabe tehnologije, usvojiti standarde kvalitete i informacijske infrastrukture.

Određeni niz godina u Republici Hrvatskoj aktivno se djeluje na boljoj informatizaciji zdravstvenog sustava. Što se tiče primarne zdravstvene zaštite čuvanje pacijentovih podataka i razmjena podataka razvijena je informacijskim sustavom. Tercijarna zdravstvena zaštita neprekidno radi na razvoju vlastitih informacijskih sustava te time zadovoljavaju vlastite potrebe. Hrvatski zavod za javno zdravstvo razvija sustav kojemu je glavna zadaća prikupljanje podataka iz svih zdravstvenih ustanova. Međutim prikupljanje podataka zahtjeva dodatan rad zdravstvenih profesionalaca a samim time uzrokuje kašnjenje ili ponekad nepotpunost medicinske dokumentacije. Zapravo, sama zdravstvena dokumentacija u velikom je dijelu nepotpuna- dio podataka možemo naći u bazi primarne zdravstvene zaštite, dio podataka u bazi tercijarne zdravstvene zaštite a velika većina kod pacijenata osobno. Sve navedeno otežava pružateljima zdravstvene zaštite adekvatan pristup pacijentovim podacima (30).

Neke od osnovnih prednosti tehnologije u zdravstvu su: bolja skrb o pacijentima, povećanje učinkovitosti, jednostavniji administrativni procesi, bolje upravljanje zdravljem populacije, ušteda troškova – ako se pravilno koriste (32).

Daljnjim razvojem tehnologije omogućiti će nam alate koji prije nisu bili dostupni. Naručivanje, prikupljanje podataka, izvještavanje, pretraživanje literature uvelike nam utječe na poboljšanje pružanja skrbi pacijentu. U svemu navedenom neophodno je dobro proučiti podatke, iz njih izvući adekvatne zaključke i pravilno ih primijeniti (31).

2.7. Kontrola infekcija

Infekcije koje su povezane sa zdravstvenom skrbi smatraju se globalnim problemom koji ne poznaju državne granice. Republika Hrvatska surađuje sa drugim zemljama kako bi zajedničkim naporima zaustavili ili smanjili širenje infekcija koje su povezane s pružanjem zdravstvene skrbi. Velik dio smrtnosti hospitaliziranih pacijenata upravo se odnosi na infekcije povezane sa zdravstvenom zaštitom. Same infekcije nisu usko povezane uz bolničko okruženje, mogu se javiti svugdje gdje se pruža zdravstvena zaštita – zdravstvene ustanove, izvanbolnička služba, patronažna služba, zdravstvena njega u kući. Infekcije povezane sa zdravstvenom zaštitom smatraju se sve infekcije koje su se dogodile prilikom dijagnostike, liječenja ili pružanja zdravstvene njege pacijenta te se samim time smatraju neželjenim događajem. Zbog toga smatra se kako će se smanjenjem broja infekcija povezanih sa zdravstvenom zaštitom doći do povećanja same sigurnosti pacijenata. Samom suzbijanju infekcija treba pristupiti multidisciplinarno i dugoročno, prateći dinamiku mikroorganizama, nova saznanja o primjeni postojećih ili uvođenja novih metoda kako bismo prevenirali i kontrolirali razvoj i širenje infekcija (33).

U narodnim novinama nalazi se pravilnik za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija. Sastoji se od smjernica koje su zakonska regulativa prilikom suzbijanja bolničkih infekcija. Program obuhvaća sljedeće mjere: pregled i trijaža oboljelih osoba prilikom prijema na bolničko liječenje, provedba i kontrola sanitarno- higijenskih postupaka, aseptički postupci sa medicinskim priborom i instrumentima, čišćenje, pranje, dezinfekcija, deratizacija. Isto tako važno je prijavljivanje sporadičnih slučajeva, te prikupljanje, analiza i validacija svih dostupnih podataka o učestalosti pojave bolničkih infekcija (34).

Krajnji cilj pri kontroli infekcija povezane sa zdravstvenom zaštitom usmjeren je prema smanjenju rizika od pojave infekcija, veća kvaliteta prilikom pružanja zdravstvene njege te povećanje sigurnosti pacijenata (33).

2.8. Kultura sigurnosti i pandemija COVID-19

Krajem 2019. godine u gradu Wuhan u Kini došlo je do pojave virusa nazvanog SARS-CoV-2 te je bolest dobila ime COVID-19. Smatra se kako je početak zaraze krenuo na tržnici u Wuhanu gdje su se prodavale divlje životinje, a kako se sama bolest prenosi pretežito kapljičnim i direktnim kontaktom vrlo brzo je proširena diljem svijeta. Oboljeli razvili su simptome poput povišene tjelesne temperature, kašalj, dispneja te promjene na plućima utvrđene putem radioloških snimki. Svjetska zdravstvena organizacija u ožujku 2020. godine proglasila je pandemiju korona virusa. Vrlo brzo nakon pojave samog virusa u Wuhanu, bolest je stigla i u Hrvatsku te donijela vrlo velike izazove za sve sektore. Imala je značajan utjecaj na ekonomiju, politiku, zdravstvo, školstvo, financije... Rad od kuće postao je normalni dio svakodnevnice, obrazovni sustav susreo se sa velikim izazovom prebacivanja na online nastavu, dok je industrija turizma i putovanja pretrpjela ogromne gubitke zbog zatvaranja granica te zabrane putovanja. Globalno pandemija COVID-19 imala je utjecaj na većinu svijeta. Zdravstveni sustav pretrpio je ogromne gubitke. Bolnice diljem svijeta i Republike Hrvatske bile su preopterećene zbog velikog broja oboljelih od samoga virusa. Povećani priljev pacijenata uzrokovalo je nedostatak raspoloživih kreveta i opreme te manjak raspoloživog zdravstvenog osoblja. Sama pandemija izrazito je utjecala na svo zdravstveno i ne-zdravstveno osoblje. Svi djelatnici, a posebice oni koji su djelovali direktno sa oboljelima suočili su se sa povećanim brojem radnih sati, veći fizički napor, povećan obujam posla. Uz povećano fizičko opterećenje, susretanje sa nedostatkom opreme i resursa potrebnih za rad sami zdravstveni djelatnici susretali su se sa velikim brojem smrtnih slučajeva, teškim slučajevima oboljenja te povećanim rizikom od zaraze sa infekcijom. Sve je to dodatno utjecalo na razvoj depresije, anksioznosti te emocionalne iscrpljenosti. Isto tako rad sa oboljelima stvarao je dodatan stres zdravstvenim djelatnicima radi prenošenja same infekcije na članove obitelji. Poduzimanje određenih mjera zaštite, izolacija od vlastite obitelji dodatno su utjecali na psihičko zdravlje. Unatoč svim poteškoćama i izazovima koji su stavljeni pred zdravstvene djelatnike sama pandemija istaknula je veliku predanost i zajedništvo svih zdravstvenih djelatnika u borbi protiv nevidljivog neprijatelja.

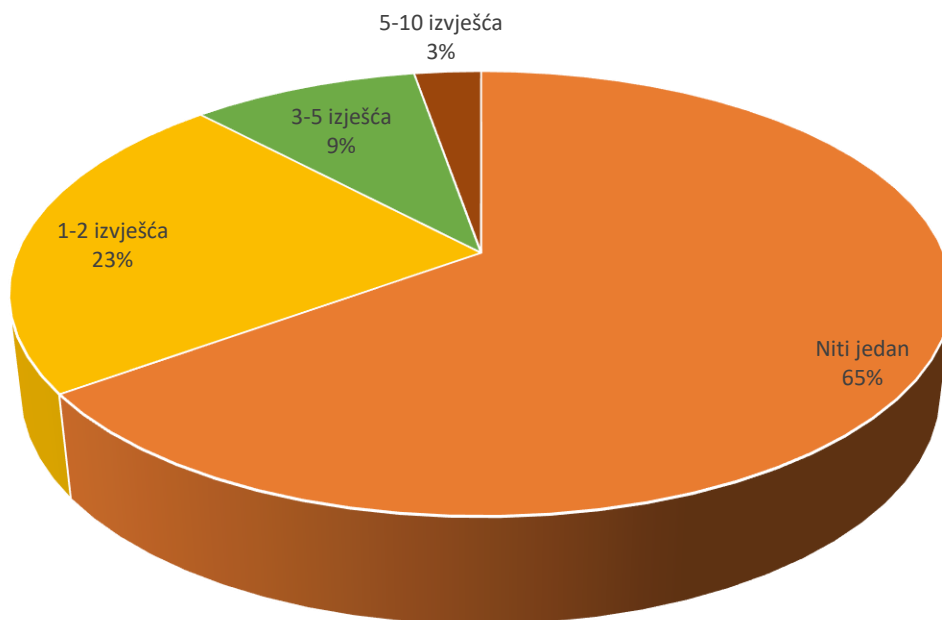
Pravilna higijena, održavanjem fizičkog razmaka, korištenjem zaštitnih maski za lice te pravovremenim informiranjem uvelike možemo utjecati na prevenciju širenja virusa. Pranje i dezinfekcija ruku, održavanje fizičkog razmaka,

izbjegavanje javnih okupljanja bile su jedne od glavnih preporuka za vrijeme trajanja same pandemije (35).

Sami kraj pandemije proglašen je 11. svibnja 2023. godine od strane Vlade Republike Hrvatske.

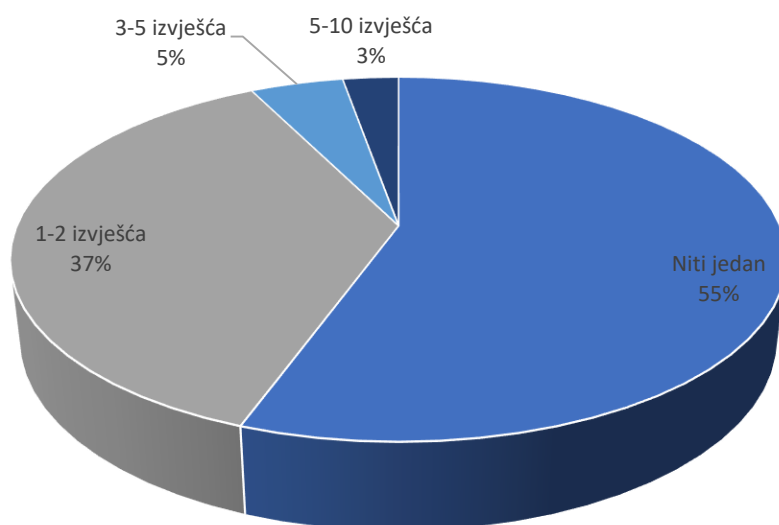
Za vrijeme pandemije proveden je niz istraživanja kulture sigurnosti pacijenata prilikom skrbi o pacijentima zaraženim COVID-19. Jedno istraživanje provedeno je u Klinici za infektivne bolesti „Fran Mihaljević“ u kojem je sudjelovalo 228 ispitanika, većim djelom medicinskih sestara/tehničara, a manjim djelom doktora medicine. Ispitanicima je podijeljen upitnik koji je garantirao potpunu anonimnost te su iz njega dobiveni sljedeći podatci: većina medicinskih sestara/tehničara na pitanje dužine rada u ustanovi odgovorila je da radi više od 21 godinu dok je većina liječnika na isto pitanje odgovorila od jedne do pet godina. Većina ispitanika, čak 96,9% u neposrednom je kontaktu sa pacijentima radeći prosječno od 40-59 sati/ tjedno. Unatoč pandemiji i raznim okolnostima koje su stavljene pred zdravstvene djelatnike većina ispitanika ocijenila je razinu pacijentove sigurnosti kao odlično i vrlo dobro. Kao najveću snagu ispitanici označili su mogućnost timskog rada, primopredaja službe te odnos rukovoditelja. Kao najveću slabost za vrijeme trajanja pandemije ispitanici označili su manjak osoblja za adekvatno pružanje zdravstvene njege. Na pitanje o količini prijavljenih neželjenih događaja u posljednjih dvanaest mjeseci većina medicinskih sestara/tehničara čak 64,3% nije ispunilo ili prijavilo niti jedan neželjeni događaj, dok je taj postotak kod liječnika 55,8%. Kao zaključak, unatoč svim fizičkim i psihičkim izazovima stavljenim pred zdravstveni tim za vrijeme trajanja pandemije pacijentova sigurnost nije pretrpjela štetu koja bi utjecala na ishod pružanja kvalitete zdravstvene zaštite (36).

Graf 2.8.1: Broj izvješća o neželjenom događaju (12mjeseci)
Medicinske sestre



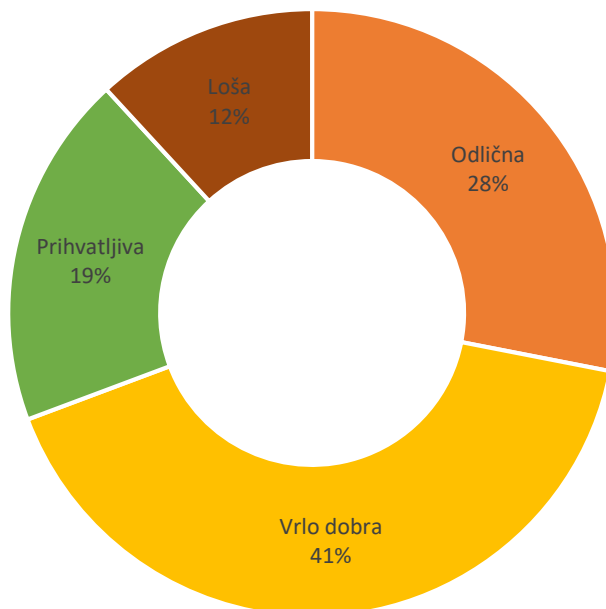
Izvor: L.M. prema Hrain i Brborović, 2021. [36]

Graf 2.8.2: Broj izvješća o neželjenom događaju (12 mjeseci)
Liječnici



Izvor: L.M. prema Hrain i Brborović, 2021. [36]

Graf 2.8.3: Razina sigurnosti pacijenata



Izvor: L.M. prema Hrain i Brborović, 2021. [36]

3. Istraživački dio

3.1. Cilj istraživanja

Ciljeve samog istraživanja podijelili smo u četiri aspekta:

- ➔ Ispitati razinu kulture sigurnosti pacijenata na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila.
- ➔ Ispitati razlike u aspektima kulture sigurnosti pacijenata s obzirom na samo radno mjesto ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju.
- ➔ Ispitati povezanost aspekata kulture sigurnosti pacijenata sa varijablama koje su usko povezane uz posao.
- ➔ Ispitati povezanost aspekata kulture sigurnosti pacijenata sa varijablama sa procijenjenom razinom sigurnosti na vlastitom odjelu i brojem izvještaja o neželjenom događaju.

3.2. Metode istraživanja

Provedena je anketa o kulturi sigurnosti pacijenata u bolnici, prevedena na hrvatski jezik od strane Ivana Šklebara – u prilogu 2 odobrenje za korištenje upitnika.

Anketa je korištena isključivo u svrhu provedbe istraživanja te je u potpunosti osigurana anonimnost ispitanika.

Istraživanje se provodilo u Kliničkoj bolnici Dubrava u Zagrebu na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila. Sam Zavod za bolesti srca i krvnih žila sastoji se od: odjela za intenzivnu kardijalnu skrb, odjel za aritmije, odjel za bolesti krvnih žila i srčanih zalistaka, odjel za kardiomiopatije, zatajivanje srca i transplantacijsku kardiologiju, dnevna bolnica s polikliničko-konzilijarnim djelatnostima, dijagnostičko-terapijski odjel za invazivnu i intervencijsku kardiologiju. Ispitanici su djelatnici Zavoda navedenih odjela.

Anketa je podijeljena u osam odjeljaka u kojemu se u prvom djelu ankete ispituje mjesto rada odnosno odjel te pitanja vezano uz radno mjesto, sigurnost, zajedništvo i pogreške. Drugi dio upitnika fokusirao se na pitanja vezano uz rukovodeće osoblje. Treći dio upitnika bazirao se na komunikaciji između zaposlenik, dok se u četvrtom djelu upitnika

ispitivala učestalost prijavljivanja neželjenih događaja. U petoj stavci ankete ispitanici su morali ocijeniti prosječnu razinu sigurnosti pacijenata na radnom mjestu. Šesta podgrupa pitanja odnosila se o samoj ustanovi rada gdje se ispitivala suradnja među odjelima i bolničkom managementu. U sedmom djelu ispitanici su se morali brojčano izraziti koliko su u posljednjih dvanaest mjeseci ispunili i prijavili neželjenih događaja. A kao završni dio uslijedili su osobni podatci u kojima su se ispitivale godine radnog staža, godine rada na odjelu, količinu radnih sati tjedno te poziciji samog rada.

3.3. Ispitanici

Ispitanici samog istraživanja bile su medicinske sestre/tehničari djelatnici Zavoda za bolesti srca i krvnih žila Kliničke bolnice Dubrava.

U istraživanju sudjelovalo je 46 ispitanika te je istraživanje provedeno u periodu od 10. travnja 2023. - 10. svibnja 2023.

3.4. Hipoteze

- ➔ Postojati će statistički značajna razlika u aspektima kulture sigurnosti pacijenata s obzirom na radno mjesto ispitanika.
- ➔ Postojati će povezanost aspekta kulture sigurnosti pacijenata sa varijablama vezanim uz posao.
- ➔ Postojat će povezanost aspekata kulture sigurnosti pacijenata sa varijablama sa procijenjenom razinom sigurnosti na svom odjelu i brojem izvještaja o neželjenom događaju.

3.5. Statističke metode

Za opis distribucije frekvencija istraživanih varijabli korištene su deskriptivne statističke metode. Srednje su vrijednosti izražene medijanom i interkvartilnim rasponom. Za provjeru razlika u rezultatima među više nezavisnih skupina ispitanika korišten je Kruskal Wallis test. Za ispitivanje povezanosti korištene su Spearmanove korelacije. Kao razinu statističke značajnosti uzeta je vrijednost $P < 0,05$.

Za obradu korišten je statistički paket IBM SPSS Statistics for Windows, verzija 25 (IBM Corp., Armonk, NY, SAD; 2017) i JASP, verzija 0.17.2.1 (Department of Psychological Methods, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands).

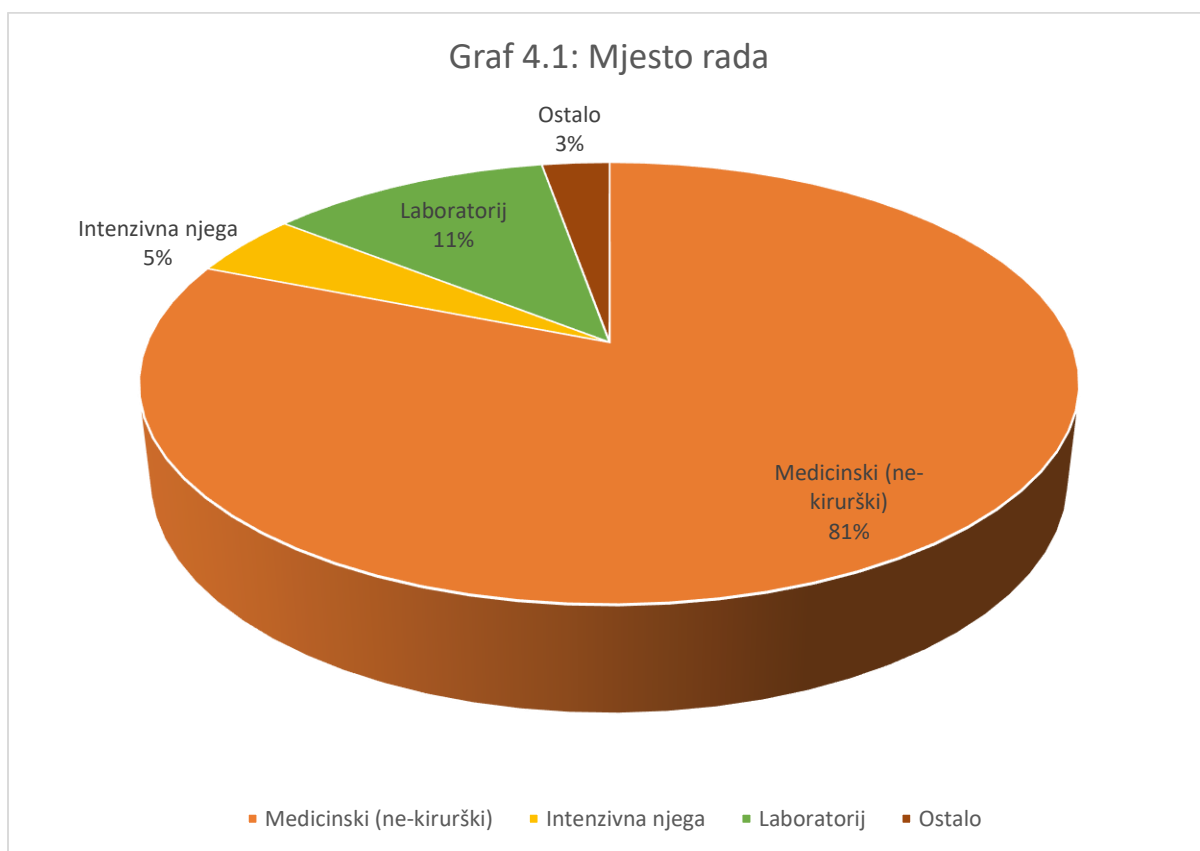
4. Rezultati istraživanja

U istraživanju je sudjelovalo 46 ispitanika. Zaposlenih na medicinskim nekirurškim odjelima je bilo njih 35 (76,1 %), 21 i više godina radnoga staža je imalo njih 15 (32,6 %), manje od 1 godine i 6 do 10 godina radnog staža na trenutnom odjelu imalo je njih 9 (19,6 %), 40 do 59 sati tjedno radilo je njih 38 (82,6 %), te 21 i više godina radnoga staža u struci je imalo njih 16 (34,8 %). Svi ispitanici su bili medicinske sestre/ tehničari i svi su u neposrednom kontaktu sa pacijentima (Tablica 4.1).

Tablica 4.1 Distribucija varijabli koja se odnosi na posao (n=46)

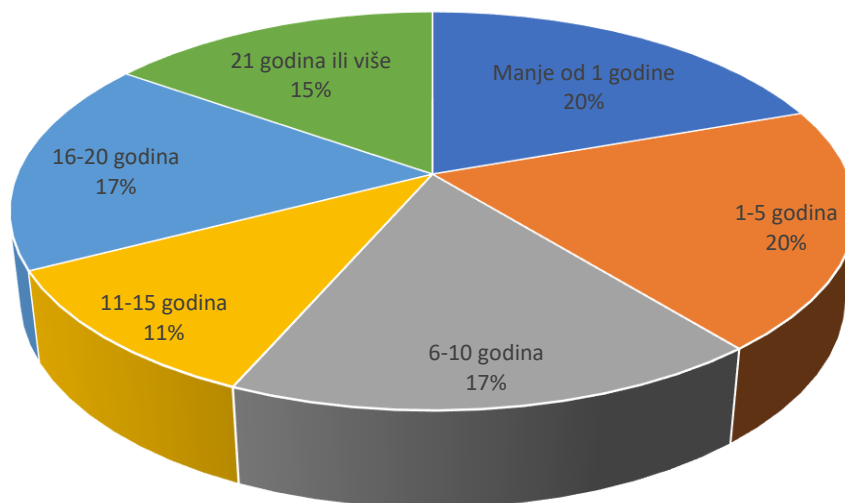
| | | Broj (%) ispitanika |
|--|--------------------------|---------------------|
| Mjesto rada | | |
| | Medicinski (ne-kirurški) | 35 (76,1) |
| | Intenzivna njega | 2 (4,3) |
| | Laboratorij | 5 (10,9) |
| | Ostalo | 4 (8,7) |
| Radni staž u ovoj ustanovi | | |
| | Manje od 1 godine | 6 (13) |
| | 1 do 5 godina | 6 (13) |
| | 6 do 10 godina | 5 (11) |
| | 11 do 15 godina | 6 (13) |
| | 16 do 20 godina | 8 (17,4) |
| | 21 godina ili više | 15 (32,6) |
| Radni staž na trenutnom radnom mjestu | | |
| | Manje od 1 godine | 9 (19,6) |
| | 1 do 5 godina | 9 (19,6) |
| | 6 do 10 godina | 8 (17,4) |
| | 11 do 15 godina | 5 (10,9) |
| | 16 do 20 godina | 8 (17,5) |
| | 21 godina ili više | 7 (15,2) |
| Koliko obično sati tjedno radite | | |
| | Manje od 20 sati | 0 |
| | 20 – 39 sati | 3 (6,5) |
| | 40 – 59 sati | 38 (82,6) |
| | 60 do 79 sati | 4 (8,7) |
| | 80 do 99 sati | 1 (2,2) |
| Radno mjesto | | |
| | Sestra, tehničar | 46 (100) |
| Neposredan kontakt s pacijentima | | |
| | Da | 46 (100) |
| | Ne | |
| Ukupan radni staž u struci | | |

| | | |
|--|--------------------|-----------|
| | Manje od 1 godine | 6 (13) |
| | 1 do 5 godina | 5 (10,9) |
| | 6 do 10 godina | 6 (13) |
| | 11 do 15 godina | 8 (17,4) |
| | 16 do 20 godina | 5 (10,9) |
| | 21 godina ili više | 16 (34,8) |
| | | |



Izvor: L.M.

Graf 4.2: Radni staž na trenutnom radnom mjestu



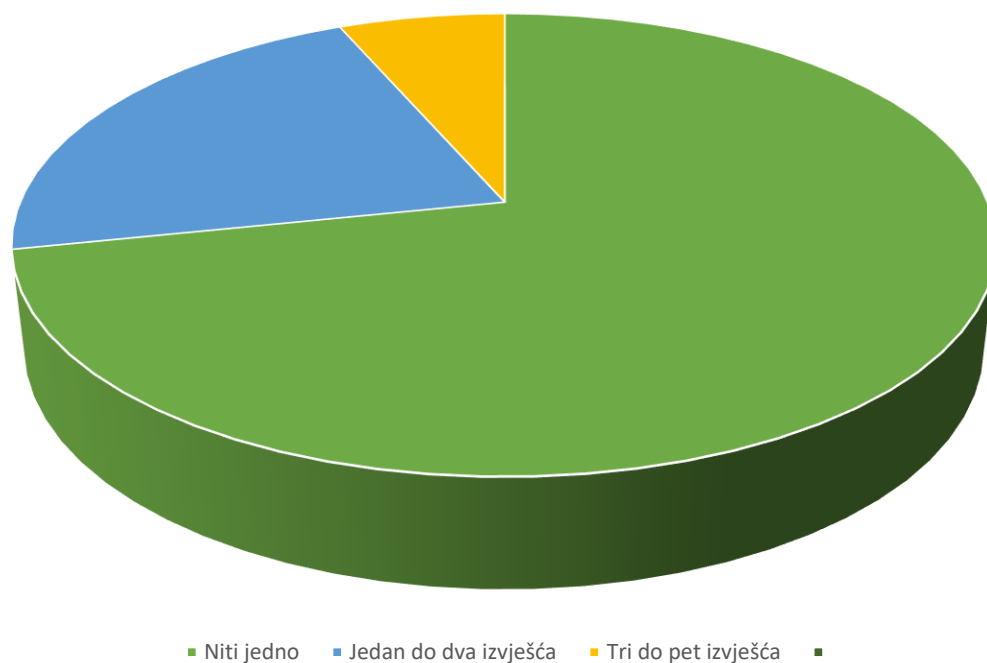
Izvor: L.M.

Najviše ispitanika tvrdi kako u proteklih 12 mjeseci nije bilo niti jednog prijavljenog neželjenog događaja.

Tablica 4.2 Distribucija varijabli koje se odnose na broj izvještaja o neželjenom događaju i procijenjenu razinu sigurnosti na odjelu ispitanika (n=46)

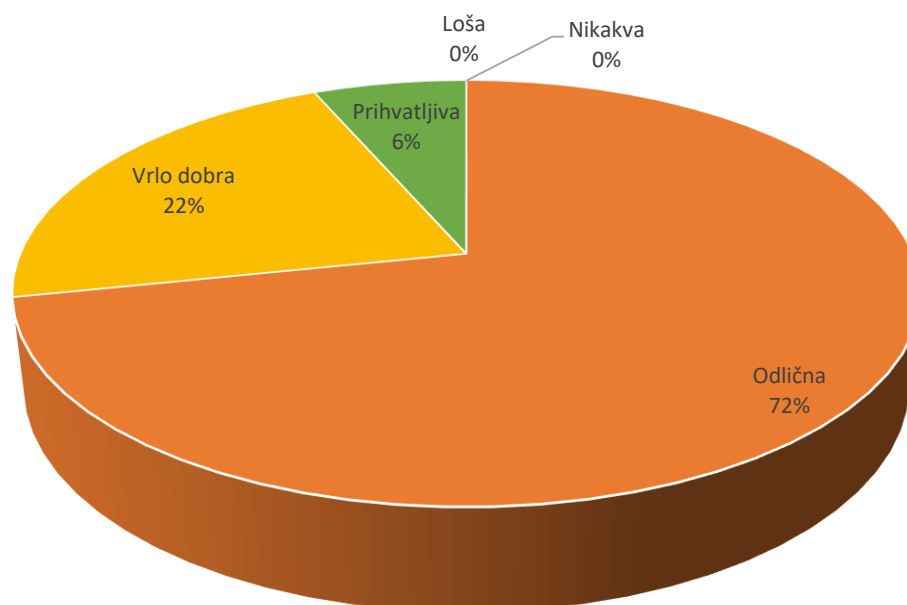
| | | Broj (%) ispitanika |
|---|-----------------------|---------------------|
| Broj izvješća o neželjenom događaju (12) | | |
| | Niti jedno | 33 (71,7) |
| | Jedan do dva izvješća | 10 (21,7) |
| | Tri do pet izvješća | 3 (6,6) |
| Razina sigurnosti | | |
| | Odlična | 33 (71,8) |
| | Vrlo dobra | 10 (21,7) |
| | Prihvatljiva | 3 (6,5) |
| | Loša | 0 |
| | Nikakva | 0 |

Graf 4.3: Broj izvješća o neželjenom događaju (12 mjeseci)



Izvor: L.M.

Graf 4.4: Razina sigurnosti



Izvor: L.M.

Najbolje procijenjeni aspekt kulture sigurnosti pacijenta od strane ispitanika je ukupna sigurnost $M = 65,21$ (raspona od 0 do 100, $SD = 32,69$) i primopredaja pacijenta $M = 62,50$ (raspona od 0 do 100, $SD = 33,22$). Najlošiji procijenjeni aspekt je podrška vodstva bolnice o sigurnosti pacijenta $M = 30,43$ (raspona od 0 do 100; $SD = 32,83$) i odgovor na pogrešku $M = 33,33$ (raspona od 0 do 100; $SD = 36,51$) (Tablica 4.3).

Tablica 4.3 Deskriptivna statistika aspekata kulture sigurnosti pacijenta ($n=46$)

| | M (raspon) | SD |
|---|-------------------|-----------|
| Ukupna sigurnost | 65,21 (0 – 100) | 32,69 |
| Učestalost prijave neželjenih događaja | 47,10 (0 – 100) | 43,07 |
| Očekivanja supervizora / rukovoditelja | 55,97 (0 – 100) | 38,79 |
| Učenje u organizaciji | 59,42 (0 – 100) | 30,56 |
| Timski rad unutar odjela | 66,84 (0 – 100) | 34,17 |
| Otvorenost u komunikaciji | 50,72 (0 – 100) | 36,65 |
| Povratne informacije i komunikacija o | 50,00 (0 – 100) | 37,01 |
| Odgovor na grešku | 33,33 (0 – 100) | 36,51 |
| Broj osoblja | 38,04 (0 – 100) | 24,57 |
| Podrška vodstva bolnice sigurnosti | 30,43 (0 – 100) | 32,83 |
| Suradnja među različitim odjelima | 56,52 (0 – 100) | 35,91 |
| Primopredaja pacijenata | 62,50 (0 – 100) | 33,22 |

Rezultati su pokazali kako nema značajnih razlika u prvom dijelu aspekata kulture sigurnosti pacijenta prema mjestu zaposlenja ispitanika (Tablica 4.5).

Tablica 4.4 Aspekti kulture sigurnosti pacijenta prema mjestu zaposlenja ispitanika (I dio) ($n=46$)

| Odjel zaposlenja | Medijan (interkvartilni raspon) | P* |
|--------------------------|---|-----------|
| | Ukupna sigurnost | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 75 (50 – 100) | 0,313 |
| Intenzivna njega | 100 (100 – 100) | |
| Laboratorij | 75 (50 – 75) | |
| Ostalo | 87,50 (56,25 – 100) | |
| | Učestalost prijave neželjenih događaja | |

| | | |
|--------------------------|---|-------|
| Medicinski (ne-kirurški) | 33,33 (0 – 100) | 0,637 |
| Intenzivna njega | 50 (25 – 75) | |
| Laboratorij | 100 (0 – 100) | |
| Ostalo | 0 (0 – 25) | |
| | Očekivanja supervizora / rukovoditelja | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 50 (25 – 87,50) | 0,212 |
| Intenzivna njega | 100 (100 – 100) | |
| Laboratorij | 50 (50 – 75) | |
| Ostalo | 100 (75 – 100) | |
| Više različitih odjela | Učenje u organizaciji | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 66,66 (33,33 – 83,33) | 0,309 |
| Intenzivna njega | 100 (100 – 100) | |
| Laboratorij | 66,66 (33,33 – 66,66) | |
| Ostalo | 50 (33,33 – 75) | |
| | Timski rad unutar odjela | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 75 (37,50 – 100) | 0,078 |
| Intenzivna njega | 100 (100 – 100) | |
| Laboratorij | 50 (0 – 75) | |
| Ostalo | 100 (93,75 – 100) | |
| | Otvorenost u komunikaciji | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 33,33 (16,66 – 66,66) | 0,079 |
| Intenzivna njega | 100 (100 – 100) | |
| Laboratorij | 66,66 – 100) | |
| Ostalo | 50 (25 – 66,66) | |

* Kruskal Wallis test

Rezultati su pokazali kako nema značajnih razlika u drugome dijelu aspekata kulture sigurnosti pacijenta prema mjestu zaposlenja ispitanika (Tablica 4.5).

Tablica 4.5 Aspekti kulture sigurnosti pacijenta prema mjestu zaposlenja ispitanika (II dio)
(n=46)

| Odjel zaposlenja | Medijan (interkvartilni raspon) | P* |
|--------------------------|---|-------|
| | Povratne informacije i komunikacija o pogrešci | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 33,33 (16,66 – 66,66) | 0,124 |
| Intenzivna njega | 83,33 (75 – 91,66) | |
| Laboratorij | 100 (66,66 – 100) | |

| | | |
|--------------------------|---|-------|
| Ostalo | 50 (25 – 66,66) | |
| | Odgovor na pogrešku | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 33,33 (0 – 50) | 0,382 |
| Intenzivna njega | 50 (41,66 – 58,33) | |
| Laboratorij | 0 (0 – 33) | |
| Ostalo | 50 (33,33 – 66,66) | |
| | Broj osoblja | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 25 (25 – 50) | 0,085 |
| Intenzivna njega | 57,50 (81,25 – 93,75) | |
| Laboratorij | 25 (25 – 50) | |
| Ostalo | 25 (25 – 25) | |
| | Podrška vodstva bolnice sigurnosti pacijenta | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 0 (0 – 50) | 0,342 |
| Intenzivna njega | 50 (41,66 – 58,33) | |
| Laboratorij | 66,66 (33,33 – 66,66) | |
| Ostalo | 33,33 (25 – 41,66) | |
| | Suradnja među različitim odjelima | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 75 (25 – 75) | 0,796 |
| Intenzivna njega | 50 (37,50 – 62,50) | |
| Laboratorij | 25 (25 – 100) | |
| Ostalo | 75 (68,75 – 81,25) | |
| | Primopredaja pacijenata | |
| Medicinski (ne-kirurški) | 75 (25 – 87,50) | 0,378 |
| Intenzivna njega | 75 (75 – 75) | |
| Laboratorij | 75 (25 – 100) | |
| Ostalo | 100 (87,50 – 100) | |

* Kruskal Wallis test

Rezultati su pokazali kako je dužina radnog staža u bolnici umjereno negativno povezana sa očekivanjem rukovoditelja ($\rho = -0,345$; $P = 0,019$) i podrškom vodstva bolnice sigurnosti pacijenta ($\rho = -0,360$; $P = 0,014$) te nisko negativno na pogrešku ($\rho = -0,295$; $P = 0,047$), odnosno što ispitanici imaju manje staža u bolnici bolja je procjena navedenih aspekata kulture sigurnosti. Dužina radnog staža na odjelu je umjereno negativno povezan sa očekivanjem rukovoditelja ($\rho = -0,466$; $P = 0,001$), timskim radom unutar odjela ($\rho = -0,350$; $P = 0,017$), odgovorom na pogrešku ($\rho = -0,395$; $P = 0,007$), podrškom vodstva bolnice u sigurnosti pacijenta ($\rho = -0,364$; $P = 0,013$) i sa suradnjom među različitim odjelima ($\rho = -0,338$; $P = 0,021$), odnosno

što ispitanici imaju manje staža na odjelu bolja je procjena navedenih aspekata kulture sigurnosti. Radni staž u trenutnom zvanju je umjereno negativno povezan sa odgovorom na pogrešku ($\rho = -0,301$; $P = 0,042$) i sa podrškom vodstva bolnice sigurnosti pacijenta ($\rho = -0,323$; $P = 0,029$), odnosno što ispitanici imaju manje staža u trenutnom zvanju bolja je procjena navedenih aspekata kulture sigurnosti (Tablica 4.6).

Tablica 4.6 Povezanost varijabli vezanih uz posao sa aspektima kulture sigurnosti pacijenta ($n = 46$)

| | | Staž u bolnici | Staž na odjelu | Broj tjednih sati | Staž u trenutnom zvanju |
|--|--------|----------------|----------------|-------------------|-------------------------|
| Ukupna sigurnost | ρ | -0,164 | -0,210 | -0,160 | -0,099 |
| | P^* | 0,276 | 0,162 | 0,287 | 0,512 |
| Učestalost prijave neželjenih događaja | ρ | -0,096 | -0,068 | 0,025 | -0,117 |
| | P^* | 0,524 | 0,652 | 0,867 | 0,438 |
| Očekivanja supervizora / rukovoditelja | ρ | -0,345 | -0,466 | -0,111 | -0,235 |
| | P^* | 0,019 | 0,001 | 0,463 | 0,115 |
| Učenje u organizaciji | ρ | -0,106 | -0,168 | -0,038 | -0,090 |
| | P^* | 0,482 | 0,264 | 0,804 | 0,550 |
| Timski rad unutar odjela | ρ | -0,266 | -0,350 | -0,187 | -0,260 |
| | P^* | 0,074 | 0,017 | 0,214 | 0,081 |
| Otvorenost u komunikaciji | ρ | -0,219 | -0,224 | -0,102 | -0,201 |
| | P^* | 0,144 | 0,134 | 0,501 | 0,181 |
| Povratne informacije i komunikacija o pogrešci | ρ | -0,058 | -0,037 | -0,194 | 0,003 |
| | P^* | 0,704 | 0,805 | 0,196 | 0,984 |
| Odgovor na pogrešku | ρ | -0,295 | -0,395 | 0,156 | -0,301 |
| | P^* | 0,047 | 0,007 | 0,302 | 0,042 |
| Broj osoblja | ρ | -0,115 | 0,012 | -0,229 | -0,109 |
| | P^* | 0,447 | 0,939 | 0,126 | 0,472 |
| Podrška vodstva bolnice sigurnosti pacijenta | ρ | -0,360 | -0,364 | -0,269 | -0,323 |
| | P^* | 0,014 | 0,013 | 0,071 | 0,029 |
| Suradnja među različitim odjelima | ρ | -0,212 | -0,338 | -0,142 | -0,187 |
| | P^* | 0,156 | 0,021 | 0,345 | 0,215 |
| Primopredaja pacijenata | ρ | 0,255 | 0,069 | -0,037 | 0,040 |
| | P^* | 0,087 | 0,648 | 0,807 | 0,791 |

* Spearmanove korelacije

Rezultati su pokazali kako je procijenjena razina sigurnosti na odjelu ispitanika pacijenta visoko negativno povezana sa ukupnim osjećajem sigurnosti ($\rho = -0,566$; $P < 0,001$), očekivanjem rukovoditelja ($\rho = -0,598$; $P < 0,001$), te umjereno negativno sa učestalosti prijave neželjenih događaja ($\rho = -0,302$; $P = 0,041$), učenjem u organizaciji ($\rho = -0,478$; $P = 0,001$), otvorenosti u komunikaciji ($\rho = -0,331$; $P = 0,024$) i suradnjom među različitim odjelima ($\rho = -0,383$; $P = 0,009$). Kako je procijenjena razina sigurnosti na odjelu obrnuto bodovana, gdje najmanja vrijednost označava “Odlično” a najveća “Nikakva” negativna povezanost označava što je bolje procijenjena razina sigurnosti na odjelu veća je procjena ukupnog osjećaja sigurnosti, očekivanja rukovoditelja, učestalost prijave neželjenih događaja, učenje u organizaciji, otvorenost u komunikaciji i suradnja među različitim odjelima i obrnuto (Tablica 4.7).

Tablica 4.7 Povezanost aspekata sigurnosti sa procijenjenom razinom sigurnosti na svom odjelu i brojem izvještaja o neželjenom događaju ($n = 46$)

| | | Procijenjena razina sigurnosti | Broj izvještaja o neželjenom događaju |
|--|-----|--------------------------------|---------------------------------------|
| Procijenjena razina sigurnosti | Rho | 1,000 | 0,242 |
| | P* | . | 0,105 |
| Broj izvještaja o neželjenom događaju | Rho | 0,242 | 1,000 |
| | P* | 0,105 | . |
| Ukupna sigurnost | Rho | -0,566 | -0,144 |
| | P* | <0,001 | 0,341 |
| Učestalost prijave neželjenih događaja | Rho | -0,302 | 0,077 |
| | P* | 0,041 | 0,611 |
| Očekivanja supervizora / rukovoditelja | Rho | -0,598 | -0,187 |
| | P* | <0,001 | 0,213 |
| Učenje u organizaciji | Rho | -0,478 | 0,142 |
| | P* | 0,001 | 0,347 |
| Timski rad unutar odjela | Rho | -0,260 | -0,096 |
| | P* | 0,081 | 0,525 |
| Otvorenost u komunikaciji | Rho | -0,331 | 0,048 |
| | P* | 0,024 | 0,750 |
| Povratne informacije i komunikacija o grešci | Rho | -0,133 | 0,109 |
| | P* | 0,377 | 0,470 |
| Odgovor na grešku | Rho | -0,227 | 0,004 |
| | P* | 0,128 | 0,981 |

| | | | |
|---|-----|--------------|--------|
| Broj osoblja | Rho | 0,020 | -0,105 |
| | P* | 0,893 | 0,487 |
| Podrška vodstva bolnice sigurnosti pacijenta | Rho | -0,273 | -0,184 |
| | P* | 0,066 | 0,221 |
| Suradnja među različitim odjelima | Rho | -0,383 | -0,119 |
| | P* | 0,009 | 0,432 |
| Primopredaja pacijenata | Rho | -0,245 | 0,006 |
| | P* | 0,100 | 0,966 |

* Spearmanove korelacije

5. Rasprava

U istraživanju „Kardiološka skrb i sigurnost pacijenata: monocentrično istraživanje kulture sigurnosti na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila” provedenom u svrhu pisanja diplomskog rada na Sveučilištu Sjever pod mentorstvom izv. prof. dr. sc. Tomislava Meštrovića, dr. med. sudjelovalo je 46 ispitanika.

Ispitati razinu kulture sigurnosti, razlike s obzirom na radno mjesto te povezanost između aspekta kulture sigurnosti pacijenta sa varijablama procijenjene razine sigurnosti na vlastitom odjelu i brojem prijavljenih neželjenih događaja bili su ciljevi samog istraživanja.

Ispitanici su medicinske sestre i tehničari djelatnici Zavoda za bolesti srca i krvnih žila Kliničke bolnice Dubrava u Zagrebu. Djelatnici su sa različitih radilišta, navedenih u metodama istraživanja. Samo istraživanje provedeno je u periodu od travnja do svibnja, te su anketni upitnici podijeljeni osobno.

Većina ispitanika (76,1%) zaposleno je na medicinskim ne-kirurškim odjelima, odnosno na odjelima kardiologije.

Svi ispitanici su medicinske sestre i tehničari te su se svi izjasnili kako su u direktnom kontaktu sa pacijentima. Najveći broj ispitanika (32,6%) izjasnilo se kako je zaposlen u Kliničkoj bolnici Dubrava više od 21 godinu. Što se tiče radnog staža na trenutnom radnom mjestu odnosno Zavodu za bolesti srca i krvnih žila odgovori su bili podjednaki, manje od 1 godine izjasnilo se 9 ispitanika (19,6%), od 16-20 godina izjasnilo se 8 ispitanika (17,5%).

Najveći broj ispitanika izjasnio se kako tjedno radi od 40-59 sati (82,6%) dok niti jedan ispitanik ne radi manje od 20 sati tjedno.

Većina zaposlenika tvrdi kako u proteklih 12 mjeseci nije ispunila niti prijavila neželjeni događaj (71,7%). Deset ispitanika (21,7%) navodi kako je u proteklih 12 mjeseci ispunila i napisala jedan do dva izvješća, dok je svega tri ispitanika (6,6%) prijavilo više od tri neželjena događaja.

Kao sveukupnu ocjenu procjene kulture sigurnosti pacijenata većina zaposlenih djelatnika ocijenila je kao odličnom (71,8%), dok je prihvatljivo označilo tri ispitanika (6,5%).

Najbolje procijenjeni aspekt kulture sigurnosti pacijenata od strane zaposlenika je ukupna sigurnost $M= 65,21$ te primopredaja pacijenata $M= 62,50$. Najlošije ocijenjeno bila je podrška vodstva bolnice o sigurnosti pacijenata $M= 30,43$ te sami odgovor nadređenih na grešku $M= 33,33$.

Aspekti kulture sigurnosti pacijenta ne razlikuju se značajno u odnosu na mjesto zaposlenja.

Rezultati su pokazali kako upravo duljina radnog staža uvelike utječe na percepciju kulture sigurnosti kod ispitanika. Ona je umjereno negativno povezana sa očekivanjem rukovoditelja ($\rho = -0,345$; $P = 0,019$) i podrškom vodstva bolnice vezano uz sigurnost pacijenata ($\rho = -0,360$ $P = 0,014$). Što ispitanici imaju manje staža u bolnici bolje su procijenili navedene aspekte kulture sigurnosti. Što zaposlenici imaju više staža u trenutnom zvanju lošije su procijenili aspekte kulture sigurnosti pacijenata. Radni staž umjereno je negativno povezan sa odgovorom na pogrešku ($\rho = -0,301$; $P = 0,042$) i sa podrškom vodstva bolnice sigurnosti pacijenata ($\rho = -0,323$; $P = 0,029$). Rezultati su pokazali kako je procijenjena razina sigurnosti na odjelu ispitanika visoko negativno povezana sa ukupnim osjećajem sigurnosti ($\rho = -0,566$; $P < 0,001$), očekivanjem rukovoditelja ($\rho = -0,598$; $P < 0,001$), te umjereno negativno sa učestalosti prijave neželjenih događaja ($\rho = -0,302$; $P = 0,041$) te suradnjom među različitim odjelima ($\rho = -0,0383$; $P = 0,009$).

Kako je sama razina procijenjene kulture sigurnosti obrnuto bodovana gdje zapravo najmanja vrijednost označava „Odlično”, a najveća „Nikakva” negativna povezanost nam zapravo označuje to da što je bolje ocijenjena razina sigurnosti na odjelu veća je procjena ukupnog osjećaja sigurnosti, očekivanja od samog rukovodećeg kadra te suradnje među različitim odjelima i obrnuto.

Pronađeno je istraživanje provedeno 2015. godine u Općoj bolnici Šibenik koje je uključivalo 90 medicinskih sestara bez obzira na razinu obrazovanja. Kao glavni cilj rada bio je ispitati i prikazati percepciju ispitanika o sigurnosti pacijenata u OB Šibenik.

Za potrebe istraživanja koristio se anonimni anketni upitnik koji je po potrebi blago modificiran. Anketni upitnik sastojao se od 20 pitanja u kojima se ispituju opći demografski podatci ispitanika, dob, spol, razina obrazovanja. Svi ispitanici bile su osobe ženskog spola. U drugom djelu anketnog upitnika ispitivala se razina sigurnosti samih pacijenata, pojavnost pada i dekubitusa u navedenoj ustanovi te opća mišljenja o informiranosti, dostupnosti i komunikaciji na radnom mjestu. Većina dobivenih podataka raspoređena je u vidu Likertove skale. Istraživanje je trajalo tri mjeseca.

Što se tiče stručne spreme, većina ispitanika bile su medicinske sestre srednje stručne spreme (73,33%), prvostupnice (24,4%) dok je postotak diplomiranih medicinskih sestara bio nizak i iznosio je 2,22%. Starost ispitanika u prosjeku bila je 25-51 godinu, dok su godine staža u prosjeku bile podjednako raspoređene. Pokazalo se kako je većina medicinskih sestara srednje stručne spreme sudjeluje u smjenskom radu ili radu u ambulantomama te su to uglavnom osobe sa više od 33 godine staža. Medicinske sestre prvostupnice po godinama staža ravnomjernije su raspoređene dok je njihovo radno mjesto uglavnom kao odgovorne

sestre ili na mjestu glavnih sestara odjela. Medicinske sestre prvostupnice u provedenom istraživanju nisu sudjelovale u radu u smjenama ili u ambulantama. Diplomirane medicinske sestre imaju više od 16 godina staža te se nalaze na rukovodećim pozicijama.

Pitanje u samom upitniku o ukupnoj sigurnosti pacijenata na odjelu ili u ambulanti ispitanici su ocijenili većim djelom pozitivno, 37,77% ispitanika smatra kako je sigurnost pacijenata izvrsna, 45,55% ispitanika smatra kako je ona vrlo dobra, 15,55% ispitanika smatra kako je ona prihvatljiva, dok svega jedna medicinska sestra smatra kako je sigurnost pacijenata slaba. Kao odgovor loša nije se izjasnio niti jedan ispitanik. Postupanje po protokolima većina ispitanika odgovorila je pozitivno, prijavljivanje pogrešaka, dostupnost informacija i mogućnost informiranja o greškama ispitanici odgovorili su sa pozitivnim stavom. Navode kako većinu vremena ili pak uvijek postupaju po određenim smjernicama.

Također, u sklopu istraživanja ispitivala se učestalost pojavnosti dekubitusa nakon prijema u bolnicu gdje je većina ispitanika (48,34%) odgovorilo kako se ta situacija dogodi nekoliko puta godišnje, podjednaki broj (48,33%) odgovorio je kako se ta situacija ne događa nikada, dok je jedna osoba odgovorila da se takve situacije događaju jednom tjedno. Podjednaki odgovori bili su vezani za pad pacijenata gdje je većina ispitanika (66,67%) odgovorilo kako se pad dogodi nekoliko puta godišnje, 32,22% ispitanika navodi kako se to ne događa nikada, a jedna osoba navodi kako se događa na tjednoj bazi. Zanimljivo, na pitanje u čijoj domeni se nalazi sigurnost pacijenata većina medicinskih sestara (88,9%) smatra kako je sigurnost pacijenata njihova profesionalna i vlastita odgovornost. Tako se potiče pozitivan stav vezan uz zadržavanje što većeg stupnja sigurnosti pacijenata. Na kraju ističe se kako je samo istraživanje provedeno u manjoj općoj bolnici, uključujući manji broj ispitanika te potiče nastavak istraživanja gdje bi se mogli dobiti relevantniji podatci i ustvrditi kritične točke gdje sustav sigurnosti pacijenata ima prostora za napredak (37).

Tijekom travnja i svibnja 2020. godine za vrijeme trajanja COVID-19 pandemije provedeno je istraživanje koje se koristilo Upitnikom o kulturi bolesnikove sigurnosti u bolnici provedeno od strane Agencije za istraživanje i kvalitetu zdravstvene skrbi. Sudjelovalo je 209 ispitanika. Anketa je provedena putem Google Forms obrasca te distribuirana medicinskim sestrama/tehničarima svih stupnjeva obrazovanja. U analizi istraživanja korištena je Likertova skala.

Većina ispitanika bile su osobe ženskog spola (90,4%). Bilo je 20 ispitanika muškog spola (9,6%). Svi ispitanici zaposleni su i obnašaju dužnost medicinske sestre/tehničara. Zastupljenost po obrazovanju bila je sljedeća: 53,6% ispitanika bile su medicinske sestre/tehničari prvostupnici, 30,1% zastupaju medicinske sestre srednje stručne spreme,

dok 16,3% obnaša titulu magistra sestriinstva. O obzirom na radno iskustvo 26,8% ispitanika ima 1-5 godina radnog staža, 23,9% ispitanika 11-20 godina staža, dok 10% ispitanika ima više od 31 godine staža u zanimanju.

Rezultati istraživanja pokazali su nam kako medicinske sestre/tehničari problematičnim smatraju nedostatnu razmjenu informacija između odjela, te velik broj ispitanih smatra kako rukovodeće osoblje zanemaruje aspekt same sigurnosti pacijenata prilikom boravka u bolnici te vrši određeni pritisak na zaposlene prilikom obavljanja zadataka za koje nije jasno definiran cilj i svrha. Isto tako kao jedan od problema navodi se reakcija rukovodećeg osoblja na već nastali problem, ispitanici smatraju kako se boje postaviti pitanja u situacijama gdje smatraju da nešto nije u redu. Kao jedan od problema navodi se primopredaja smjene gdje se smatra kako se većina korisnih informacija zagubi u nizu manje bitnih informacija te posljedično ugrožava sigurnost pacijenata. Također, nedostatak osoblja jedan je od rizičnih faktora koji direktno utječe na kvalitetu i sigurnost pružene skrbi.

Prilikom samog istraživanja potvrđeno je da postoji razlika u percepciji sigurnosti pacijenata s obzirom na godine radnog staža. Osobe sa manjim radnim iskustvom, i kraćim godinama staža procjenjuju ukupnu sigurnost pacijenata kao bolju, u odnosu na osobe sa više radnoga iskustva. Obzirom na razinu obrazovanja, nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu percepcije između srednje i visoke stručne spreme. Kao pozitivne strane ispitanici su izdvojili aktivno poduzimanje mjera kojima sprječavaju pojavu neželjenih događaja te poboljšanje ukupne sigurnosti pacijenata prilikom boravka u bolnici. Ispitanici smatraju kako mogu javno iznositi vlastito mišljenje o sigurnosti pacijenata, postoji međusobna zavisnost u organizaciji rada bez štetnog utjecaja na sveopću sigurnost pacijenata. Čak 82% ispitanika smatra kako ima mogućnost javnog upozoravanja u slučajevima gdje je pacijentova sigurnost ugrožena (38).

2020. godine za vrijeme prvog vala COVID-19 pandemije provedeno je istraživanje u Švedskoj koje je uključivalo 43 medicinske sestre i njegovateljice koje su bile u direktnom kontaktu sa oboljelima od infekcije te kao te kao referenti uzorak uključeno je 59 ispitanika. Cilj same studije bio je procijeniti postoji li razlika u pruženoj zdravstvenoj njezi te ocijeniti sigurnost pacijenata na odjelima kardiologije za vrijeme pandemije COVID-19.

Sama pandemija imala je značajne utjecaje na samu skrb pacijenata te je zahtijevala preraspodjelu bolničkog osoblja. Stoga su medicinske sestre koje inače rade na odjelima kardiološke skrbi bile preraspoređene na različita radilišta ovisno o njihovim kompetencijama kao na primjer jedinica intenzivnog liječenja. Kao jedan od izazova s

kojima su se susreli bio je povećan broj izostanaka s posla radi zaraze djelatnika ili izolacije radi kontakta sa zaraženom osobom. Tijekom istraživanog razdoblja kapacitet odjela bio je 44 bolničkih kreveta formiranih u jednokrevetnim sobama sa kontinuiranim elektrokardiografskim praćenjem. Što se tiče samih demografskih podataka nije postojalo statistički značajne razlike između djelatnika u direktnom kontaktu s oboljelima i referentnog uzorka što se tiče spola, dobi i stupnja obrazovanja. Većina ispitanika bile su osobe ženskog spola. Znatno veći broj prekovremenih sati i veća stopa izostanka s posla zastupljenija je u uzorku ispitanika koji su sudjelovali u liječenju COVID-19.

Također, pronađene su značajne razlike u percepciji ispitanika vezano uz sigurnost pacijenata i kvalitetu same pružene skrbi. Ispitanici u direktnom kontaktu s oboljelima smatraju kako je kvaliteta skrbi izrazito smanjena prilikom pandemije. Postoje razni čimbenici koji utječu na sigurnost i kvalitetu pružene skrbi no međutim u konkretnom istraživanju nije pronađen određeni čimbenik koji je utjecao na nižu percepciju ispitanika o pruženoj skrbi. Isto tako kao jednu od slabosti istraživanja navodi se mali broj ispitanika (39).

Kontinuiranim istraživanjima u medicini, ali i sestrinstvu postizemo kontinuirano unaprjeđenje razine kvalitete zdravstvene skrbi. Omogućuju nam postizanje svjesnosti o vlastitim znanjima, potiču donošenje u potpunosti istraženih i informiranih odluka sve u svrhu unaprjeđenja sestriinske prakse. U konačnici sve rezultira boljom dijagnostici, boljem i kvalitetnijem stupnju pružene zdravstvene njege koja je u potpunosti usmjerena samom pacijentu i njegovim individualnim potrebama i željama.

Istraživanja također potiču neprekidno učenje, kontinuirano obrazovanje, individualni i profesionalni napredak u karijeri. Moderna medicina omogućava nam svakodnevno razvijanje, razvoj novih metoda i tehnika te uz neprekidnu edukaciju unaprjeđuje znanja i vještine medicinskih djelatnika koji direktno utječu na veću kvalitetu pružene skrbi. Stjecanje novih znanja i vještina pomaže nam pri identifikaciji trenutnih nedostataka postojeće prakse te implementacija novih saznanja i veće kvalitete također utječe na podizanje ugleda svih medicinskih sestara/tehničara. Neprekidno učenje, provođenje istraživanja i sudjelovanje na raznim kongresima značajno doprinosi sestrinstvu kao profesiji te priznaje sestrinstvo kao neizostavan dio prilikom pružanja kvalitetne zdravstvene zaštite.

6. Zaključak

Kultura sigurnosti ključni je faktor u svim zdravstvenim organizacijama. Njenim unaprjeđenjem postizemo bolje standarde pružanja zdravstvene skrbi i prevencije medicinskih pogrešaka. Istraživanje provedeno u Kliničkoj bolnici Dubrava ukazuje nam kako su ispitanici procijenili kako je sigurnost pacijenata prilikom boravka sukladna standardima, ali isto tako navodi se kako sa porastom radnog iskustva i godina staža u struci pada zadovoljstvo djelatnika ponajviše u rukovodeće kadrove, kako ne dobivaju potrebnu podršku od bolničkog managementa te posljedično tome broj ispunjenih i prijavljenih incidenata manji je od očekivanog. Što sami zaposlenici imaju manje staža u struci bolje su procijenili aspekte sigurnosti pacijenata. Samim time, svijest o sigurnosti pacijenata definitivno raste ali prostora za napredak uvijek ima. Sve nam govore podatci u kojima se navodi kako većina ispitanika u proteklih 12 mjeseci nije prijavila niti jedan neželjeni događaj. Razlog tome mogao bi biti prisutan strah od nadređenog, osuđivanje od strane kolega i kolegica, straha od disciplinskih mjera...

Zbog toga izrazito je važno poticati otvorenu komunikaciju i timski rad kako bi unaprijedili sami proces sigurnosti i minimizirali pojavnost neželjenih događaja. U praksi potrebno je uključiti redovito i temeljito prikupljanje podataka od strane samih pacijenata te svih zdravstvenih djelatnika, provođenje adekvatne analize kojima si osvješčujemo i identificiramo slabe točke samog sustava. U cjelini, kultura sigurnosti pruža nam vrijedne uvide u trenutačnu praksu, slabe točke te izdaje niz smjernica kojima bi mogli poboljšati područja koja to zahtijevaju. U zdravstvenom sustavu treba postojati snažan fokus na sigurnost pacijenata, ono zahtjeva visoki stupanj suradnje svih zdravstvenih djelatnika, nemedicinskog osoblja, managementa bolnice te u konačnici i samih pacijenata i njihovih obitelji i bližnjih.

Implementacija različitih faktora i promicanje kulture sigurnosti trebali bi biti prioritet u svim sektorima zdravstva, svim zdravstvenim ustanovama diljem Republike Hrvatske pa tako i Europe i svijeta kako bi se maksimalno smanjili rizici i posljedično tome unaprijedila sama kvaliteta života svakog pojedinog pacijenta.

Zaključno, kultura sigurnosti sačinjava važan aspekt prepoznat u modernoj medicini koji se sastoji od niza čimbenika a omogućuje postizanje kvalitetne i sveobuhvatne

zdravstvene zaštite pružene svakom pojedincu. Stavljanje naglaska na adekvatnu komunikaciju i timski rad jedno je od osnovnih aspekata, njime imamo mogućnost rane identifikacije i prevencije mogućih pogrešaka. Neprekidna edukacija zdravstvenih djelatnika ali i opće populacije znatno utječe na postizanje maksimalnih učinaka kojim smanjujemo pojavu neželjenih događaja. Edukacija i postizanje svjesnosti o važnosti prijavljivanja neželjenih događaja ili javnom iznošenju greški s ciljem unaprjeđenja sigurnosti u bolničkim sustavima dio je na kojem je potrebno još puno rada i neprekidnog napretka. Isto tako, naglašavanje zdravstvenim radnicima kako neželjeni događaj nije njihova osobna mana ili nedostatak skrbi nego skup aktivnosti koje su se mogle izbjeći potaknuti će ih na otvoreniju komunikaciju. Upravo radi stigmatizacije, straha ili disciplinskih mjera sami zdravstveni radnici o neželjenim događajima ne komuniciraju otvoreno. Rukovodeće osoblje u tome igra važnu ulogu gdje je potrebno osigurati djelatnicima alate, mogućnost javnog govora bez osuđivanja kako bi kultura sigurnosti pacijenata napredovala u poželjnom pravcu. Ne smijemo zaboraviti kako su i pacijenti dio samog zdravstvenog kruga, oni su subjekti a ne objekti u zdravstvenom sustavu te imaju pravo na potpunu i pravovremenu informiranost, znanje o vlastitim pravima te zajedno sa zdravstvenim djelatnicima direktno utječu na sami ishod liječenja.

7. Literatura

1. N. Dhingra- Kumar, S. Brusaferrero, L. Arnoldo; Patient Safety in the World, 2020.; dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585617/>
2. H.P. Mitchell: Defining Patient Safety and Quality Care, 2008.; section 3; dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/#ch1.s3>
3. H.P. Mitchell: Defining Patient Safety and Quality Care, 2008.; section 5; dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/#ch1.s5>
4. L. Emanuel, D. Berwick, J. Conway, J. Combes, M. Hatlie, L. Leape i sur.: What Exactly Is Patient Safety?, 2008.; 1; 21249863; dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21249863/>
5. K. Tušak: Medicina u antičkoj Grčkoj i Rimu (diplomski rad), 2019; Sveučilište Jurja Dobrile u Puli; Pula; dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unipu%3A4179/datastream/PDF/view>
6. E. Žuškin, J. Pucarin Cvetović, B. Kanceljak Macan, K. Vitale, N. Janev Holcer, M. Čiviljak; Umijeće liječenja: povijesni prikaz; Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2012.; dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/164038>
7. H. Higham, C. Vincent: Human Error and Patient Safety, Chapter 3; 2020.; dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585626/>
8. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson: Errors in Health Care: A Leading Cause of Death and Injury. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; 2000.; dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225187/>
9. T.L. Konh, M.J. Corrigan, S.M. Donaldson: To Err is Human: Building a Safer Health System; Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; 2000.; 10.17226/9728; dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
10. T.L. Konh, M.J. Corrigan, S.M. Donaldson: Errors in Health Care: A Leading Cause of Death and Injury, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; 2000; 2; dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225187/>
11. N. Sharma, V. Gupta: Therapeutic Communication, 2023.; dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567775/>

12. C.M. Chichirez, V.L. Purcarea: Interpersonal communication in healthcare, 2018; 11(2); 119-122; dostupno na:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101690/>
13. D. Kelemenić: Komunikacijske vještine u medicini i zdravstvu (diplomski rad), Zagreb; Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2016.; 39 str.; dostupno na:
<https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef:1184/preview>
14. D. Lučanin: Komunikacijske vještine u zdravstvu; Zdravstveno veleučilište; Naklada Slap; 2010.
15. P. Novosel: Komuniciranje, Uvod u psihologiju: suvremena znanstvena i primijenjena psihologija; Zagreb; Grafički zavod Hrvatske; 1991.
16. M. Townsend-Gervis, P. Cornell, J.M. Vardaman: Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes, West J Nurs Res, 2014; 36(7): 917-28
17. M. Buble: Poslovno vođenje, M.E.P. Consult, Zagreb; 2011.
18. S. Mickan, S. Rodger: Characteristics of effective teams: a literature review; 2000.; dostupno na:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.529.9166&rep=rep1&type=pdf>
19. J. Marković, D. Marković, E. Mesić, D. Arsić, K. Arsić, J. Arsić: Specifičnosti komunikacijskih vještina u medicini, Seminar za primarnu zdravstvenu zaštitu, broj 12; 2015.; str. 25-29
20. G. Lancaster, S. Kolakowsky-Hayner, J. Kovacich, N. Greer-Williams: Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel; 2015.; 47(3):275-84
21. A. Azyabi, W. Karwowski, M.R. Davahli: Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings, 2021.; 18(5): 2466; dostupno na:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7967599/>
22. V.F. Nieva, J. Sorra: Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations, Quality and Safety in Health Care, 2003.; 12(2); 17-23
23. M.P. Aust: Joint Commission Resources: Front line of Defense: The Role of Nurses in Preventing Sentinel Events, 2nd edition; Oatbrook Terrace, 2007.; dostupno na: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article-abstract/27/6/75/1046/Front-Line-of-Defense-The-Role-ofNurses-in?redirectedFrom=fulltext>

24. D. Madden, R. Brennan, T. Cooper, E. Connolly, T. Delaney, M. Duff i sur.: Department od Health and Children: Building a Culture od Patient Safety -Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance, Dublin, 2008.; dostupno na: [https:// www.lenus.ie/handle/10147/65918](https://www.lenus.ie/handle/10147/65918)
25. S. Clarke, K. Ward: The role of leader influence tactics and safety climate in engaging employees sadety participation, risk Analysis, 2006.; 26(5), 1175-1185
26. Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravlja: Nacrt- Nacionalni program za sigurnost pacijenata, 2019-2023.; dostpno: <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/savjetovanje-sa-zainteresiranom-javnoscu-1475/otvorena-savjetovanja/nacrt-prijedloga-nacionalnog-programa-za-sigurnost-pacijenata-2019-2023/3576>
27. S. Jušić: Sigurnost pacijenata (diplomski rad), Zagreb; Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015.; 66 str; dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A679/datastream/PDF/view>
28. V. Ivetić Tkalčević, G. Letinić Kiler, P. Lazarić Bošnjak, M. Nović Barać: Farmakovigilancija- uvijek budni čuvari sigurnosti pacijenata; Medicus; Vol. 26 No. 1; 2017.; dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/185271>
29. HALMED – Agencija za lijekove i medicinske proizvode, Farmakovigilancija; dostupno na: <https://www.halmed.hr/Farmakovigilancija/Sto-je-farmakovigilancija/Kako-pratimo-sigurnost-lijekova/>
30. Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Odbor za e-zdravlje; Deklaracija o e-zdravlju; Zagreb; 2011.; dostupno na: <https://www.hdmi.hr/images/doc/deklaracija%202011-04-26%20-%20finalna%20verzija.pdf>
31. A.B. Skeledžija: Tehnologija u medicini; 2020.; dostupno na: <https://www.hit-konferencija.hr/blog/tehnologija-u-medicini>
32. ProHealth, Što je zdravstvena informacijska tehnologija?; 2023. ; dostupno na: <https://prohealthware.com/hr/health-information-technology-health-it/>
33. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Nacionalni program za kontrolu infekcija povezanih sa zdravstvenom zaštitom 2013. – 2017.; prijedlog; Zagreb; 2013.; dostupno na: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//2016/Sjednice/Arhiva//81.%20-%202013.pdf>
34. Ministarstvo zdravstva - Narodne novine, Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija; NN31/1994; 1994.; dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1994_04_31_583.html

35. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Zaštita prilikom rada i provedbe aktivnosti s obzirom na epidemiju COVID-19; 2020.; dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/zastita-prilikom-rada-i-provedbe-aktivnosti-s-obzirom-na-epidemiju-covid-19/attachment/mjere-prevencije-covid-2/>
36. L. Hrain, H. Brborović: Kultura sigurnosti bolesnika u vrijeme COVID-19 pandemije u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“; Zagreb; 2021.; dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A4724/datastream/PDF/view>
37. S. Jušić, Sigurnost pacijenata; diplomski rad; Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015.; dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A679/datastream/PDF/view>
38. M. Neuberg, V. Vincek, M. Kovačić, I. Herak, T. Cikač; Sigurnost bolesnika u zdravstvenim ustanovama iz perspektive medicinskih sestara; Sveučilište Sjever; Varaždin; 2020.; dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/380302>
39. C. Nymark, A-C von Vogelsang, A-C Falk, K.E. Goransson; Patient safety, quality and missed nursing care at a cardiology department during the COVID-19 outbreak; doi: 10.1002/nop2.1076; 2021.; dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8661578/>

8. Popis korištenih slika i grafova

| | |
|--|----|
| Graf 2.8.1 Broj izvješća o neželjenom događaju (12 mjeseci) Medicinske sestre... | 18 |
| Graf 2.8.2 Broj izvješća o neželjenom događaju (12 mjeseci) Liječnici..... | 18 |
| Graf 2.8.3 Razina sigurnosti pacijenata..... | 19 |
| Graf 4.1 Mjesto rada..... | 24 |
| Graf 4.2 Radni staž na trenutnom radnom mjestu..... | 25 |
| Graf 4.3 Broj izvješća o neželjenom događaju (12 mjeseci)..... | 26 |
| Graf 4.4 Razina sigurnosti..... | 26 |

9. Prilozi

Prilog 1/ Upit za korištenje anketnog upitnika

Ivan Škebar

Tajnik HD-a za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, HLZ

U Zagrebu, 08.04.2023

Predmet: Traženje dopuštenja za korištenje anketnog upitnika

Poštovani,

Ja sam Lucija Mičik, studentica diplomskog studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever, te završavam drugu godinu izvanrednog studija sestrinstva Menadžment u sestrinstvu. Kao temu diplomskog rada izabrala sam "Procjena kulture sigurnosti pacijenata među djelatnicima kardiologije".

Ovim putem pišem Vam kako bi zatražila dopuštenje za korištenje Vaše Ankete o kulturi sigurnosti pacijenata u bolnici u svojoj istraživačkoj studiji. Istraživanje nadzire profesor izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, dr. med. Instrument ću koristiti samo za svoju istraživačku studiju i neću ga prodavati niti koristiti u druge svrhe. Ako su ovo prihvatljivi uvjeti i odredbe, molila bih Vas da mi odgovorite putem e- pošte: lumicik@unin.hr Radujem se brzom i pozitivnom odgovoru s Vaše strane.

Za sve upite slobodno me kontaktirajte.

Unaprijed se zahvaljujem,

Lucija Mičik

Prilog 2/ Odobrenje autora za korištenje anketnog upita



isklebar <isklebar@kbsd.hr>

prima ja ▾



Poštovana,

slobodno se poslužite mojim prijevodom AHRQ upitnika.

Uz poštovanje,

Ivan Šklebar

Prilog 3/ Izjava o autorstvu

10. Životopis

Ime i prezime: Lucija Mičik

Datum rođenja: 26.09.1997.

Adresa: Jambrišakov odvojak 9

E-mail: lucijamicik01@gmail.com

Obrazovanje: 2017.-2021. završen preddiplomski studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu

2021. upisan diplomski sveučilišni studij sestrinstva smjer menadžment u sestrinstvu na Sveučilištu Sjever u Varaždinu

Profesionalna karijera: od 2017. zaposlena u Kliničkoj bolnici Dubrava

2017-2019 zaposlena na Zavodu za gastroenterologiju, hepatologiju i kliničku prehranu

2019-2023 zaposlena na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila

Članstva: Hrvatska komora medicinskih sestara

Sveučilište
Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, LUCIJA MIČIK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Kardiološka skrba i sigurnost pacijenta (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Mikhejca
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, LUCIJA MIČIK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Kardiološka skrba i sigurnost pacijenta (upisati naslov) čiji sam autor/ica. Woundeitično istraživanje kulture sigurnosti na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Mikhejca
(vlastoručni potpis)