

Sigurnost bolesnika u zdravstvenom sustavu

Vincek, Valentina

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:916577>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 034/SSD/2020

**SIGURNOST BOLESNIKA U
ZDRAVSTVENOM SUSTAVU**

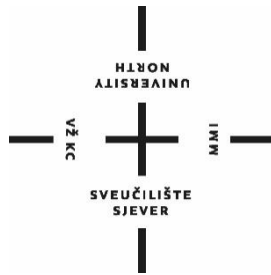
Valentina Vincek

Varaždin, rujan, 2020.godine

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo –
menadžment u sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br. 034/SSD/2020

**SIGURNOST BOLESNIKA U
ZDRAVSTVENOM SUSTAVU**

Student:

Valentina Vincek,
mat.br.1026/336D

Mentor:

doc. dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, rujan, 2020.godine

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrištvo	
STUDIJSKI PROGRAM	diplomski studij Sestrištvo menadžment u sestrištvu	
PRISTUPNIK	Vincek Valentina	NUMERIKALNI BROJ 1026/396D
DATA	24.07.2020.	NASLOV Vještine vođenja i organizacije rada u sestrištvu
NAZIV RADA	Sigurnost bolesnika u zdravstvenom sustavu	
NAZIV RADA NA ENGL. JEZIKU	Patient safety in the health care system	
PROFESOR	doc.dr.sc. Marijana Neuberg	ZVANJE docent
ČLANOVI POK. ODBORA	1. doc.dr.sc. Karlo Haura, predsjednik 2. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, mentor 3. doc.dr.sc. Ivan Mišas, član 4. doc.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član 5.	

Zadatak diplomskog rada

034/SSD/2020

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji sigurnost se definira kao "prevencija, otklanjanje i unaprijeđenje zaštite od neželjenih događaja tijekom procesa zdravstvene skrbi." Sigurnost pacijenata ima puno šire značenje od neželjenih događaja i usko je povezana sa svim aspektima zdravstvene zaštite. Zdravstveni sustav potrebno je učiniti što sigurnijim kako za pacijente tako i za sve koji sudjeluju u pružanju zdravstvene skrbi. Prilikom istraživanja korišten je anketni upitnik o kulturi sigurnosti pacijenata u bolnici (izvor: AHRQ, prijevod na hrvatski, Ivan Šklebar, tajnik HD- za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, HLZ). Istraživanje je provedeno putem Google Forms obrasca na 209 ispitanika. Pitanja iz anketnog upitnika odnose se na kvalitetu, zadovoljstvo i razinu sigurnosti koja se provodi u zdravstvenim ustanovama. Cilj rada je:

- definirati i objasniti što je to sigurnost pacijenata
- koliko je sigurnost pacijenata zastupljena u zdravstvenim ustanovama
- ukazati na važnost primjene mjernih instrumenata u sprečavanju neželjenih događaja u zdravstvenim ustanovama, te koliko oni pomažu u podizanju same kvalitete zdravstvene skrbi ustanovama

DATA ZA ULAZAK

24. 07. 2020.



PROFESOR

Sveučilište
Sjever

Predgovor

Veliko hvala dragoj i poštovanoj profesorici, dr.sc. Marijani Neuberg na prihvaćenom mentorstvu, podršci, inspiraciji, nesebičnim savjetima i pomoći kod izrade diplomskog rada. Za pomoć pri statističkoj obradi podataka zahvaljujem se prof.dr.sc Damiru Kovačiću. Posebno hvala mojim dragim i poštovanim kolegicama na poslu koje su me bodrile i bile inspiracija za ovaj rad. Dragim prijateljicama Maji, Mariji i Ines veliko hvala što ste bile i ostale uz mene u svim trenucima koje smo zajedno prošle.

...Mojoj Maji ...

Tebi koja si nepresušni izvor ideja , tebi koja si me tjerala dalje i kad ja to nisam htjela, tebi koja si bila uz meni kad si i sama trebala pomoć i utjehu.... Tebi prekrasna prijateljice moja...tebi jedno veliko hvala ...

Na samom kraju želim se zahvaliti svojoj obitelji, posebno svojim sinovima Tinu i Hrvoju te suprugu Dragutinu... Tin i Hrvoje slijedite svoje srce, slijedite svoje snove... Snovi se ipak ostvaruju... Vinc...da živim još dva života ne bi bilo dovoljno da ti izrazim svu svoju ljubav i zahvalnost za podršku koju si mi nesebično pružao i još uvijek pružaš sve ove godine... Samo uz tvoju podršku stigla sam na kraj ovog dijela puta...

Dragi moji dečki sve što Vam zapravo želim reći satkano je u stihovima Massimove pjesme Mali krug velikih ljudi:

*„Imam mali krug velikih ljudi
S kojima sanjam, za koje se trudim
Uz koje znam tko sam zapravo ja
Imam čarobnu oazu usred pustinje
U kojem vrelo nikad ne presušuje
Al' broj sunčanih dana premašuje prosjek
Jedan mali krug nama dovoljno velik*

*To je samo naš svijet, naš privatni svemir
Sazviježđe smo kad se spojimo
Sasvim mali krug igle po vinilu
Dovoljan da ušutka tišinu
Šareno smo obojani svijet
Pomiješali smo čitav spektar boja
Na istom platnu slikamo dugu
Kroz dalekozor usprkos plimi
Na horizontu jasno se vidi“*

Rad posvećujem sinovima Tinu i Hrvoju, te suprugu Dragutinu. Hvala Vam!

*„Pogreške su činjenica života. Ono što je važno je reakcija na pogrešku“
Nikki Giovanni, afričko-američki pjesnik, 1943.*

Sažetak

Sigurnost u zdravstvenom sustavu s bolesnikom u središtu, predstavlja ideal kvalitetne zdravstvene skrbi. Sam koncept tek je počeo dobivati na važnosti, a javio se kao odgovor na relativno nisku svijest o učestalosti i važnosti prevencije neželjenih događaja u sustavu zdravstvene skrbi. Iako postoje jasne definicije o standardima kvalitete zdravstvene zaštite, još uvijek kultura sigurnosti bolesnika unutar zdravstvenih institucija i organizacija nije u potpunosti razvijena, što uvelike utječe na sigurnost bolesnika kao jednu od najpouzdanijih mjera kvalitete zdravstvenog sustava. Svrha rada je istražiti pojavnost neželjenih događaja, učestalost prijave neželjenih događaja te smatraju li zdravstveni djelatnici da je bolesnik na njihovom odjelu siguran i poduzima li se sve kako bi se on osjećao sigurnim. Korištena je kvantitativna metoda istraživanja, a za dobivanje podataka putem Google Forms obrasca korišten je upitnik o kulturi sigurnosti bolesnika u bolnici. U istraživanju je sudjelovalo 209 sudionika od toga 90,4% (189) pripadnica ženskog spola i 9,6% (20) pripadnika muškog spola. Prikupljeni podaci su analizirani i obrađeni putem Programskog paketa za društvena istraživanja.

Rezultati istraživanja pokazali su kako je najveći postotak sudionika (98,1%) na svojem trenutnom radnom mjestu u direktnom kontaktu sa bolesnikom, a prema stupnju obrazovanja najviše je bilo prvostupnik/ca sestriinstva i to 53,6%. Više od 2/3 sudionika je „opterećeno“ brojem radnih sati u tjednu te je samo 47,8% sudionika prijavilo jedan ili više neželjenih događaja zadnjih 12 mjeseci. Sudionici vode brigu o sigurnosti bolesnika, ali isto tako nastoje biti „pri ruci“ svojim kolegama/icama. Iako se pretpostavljalo da će i demografska obilježja imati značajan utjecaj na ocjenu sigurnosti bolesnika u zdravstvenim ustanovama, rezultati pokazuju da godine radnog straža ne utječu na ocjenu sigurnosti bolesnika.

Zaključno je konstatirano da većina sudionika ocjenjuje sigurnost bolesnika kao vrlo visoku odnosno odličnu, te da se s povećanjem stupnja obrazovanja smanjuje ocjena sigurnosti bolesnika.

Sigurnost bolesnika u zdravstvenim ustanova iziskuje stalno usavršavanje sustava i osoblja. Ključ uspjeha leži u spoznaji da se kvaliteta pružane zdravstvene zaštite očituje na kvaliteti bolesnikove sigurnosti. Samo malim pomakom u zdravstvom sustavu zasigurno će se i sigurnost bolesnika podići na višu razinu.

Ključne riječi; sigurnost bolesnika, zdravstveni sustav, medicinska sestra, zdravstvena ustanova

Summary

Safety in the healthcare system, with the patient in focus, presents an ideal of high-quality healthcare. The concept itself has only started gaining importance. It appeared as an answer to a relatively low level of awareness of the frequency and importance of prevention of unwanted events in the healthcare system. Despite clear definitions on the standards of healthcare quality, the culture of patient safety within healthcare institutions and organizations is not fully developed yet, which greatly affects patient safety as one of the most reliable healthcare system quality indicators.

The purpose of this paper was to examine the prevalence of unwanted events, the frequency of unwanted events being reported and whether healthcare workers believe that patients are safe in their units and if everything is being done to make them feel safe.

Quantitative research method was used for obtaining results. The data was obtained via Google Forms, using a questionnaire on the patient safety culture in hospitals. It was conducted on 209 participants. 90,4% (189) respondents were females and 9,6% (20) participants were male. Their answers were analyzed with the Social studies software package.

The results showed that the biggest percentage of the respondents (98,1%) came into direct contact with the patients in their current workplaces. Most of the respondents (53,6%) were Bachelors of Nursing. More than 2/3 of the respondents were „overwhelmed“ by the number of working hours in one week. Only 47,8% of the respondents reported one or more unwanted events in the last 12 months. The respondents take care of patient safety but are also trying to be there for their colleagues. Although it was assumed that the demographics will have a significant effect on safety assessment, the results have shown that the number of years of work experience does not affect the safety level assessment.

It was concluded that the majority of the respondents consider patient safety level to be very high to excellent. Also, the results have shown that

safety level assessment decreases with the rise in the respondents' education level.

Patient safety in healthcare institutions requires constant improvement of the system and the personnel. The key to success lies in knowing that healthcare quality is reflected in the quality of the patient safety system. Even a small step forward will surely raise patient safety to a higher level.

Key words; patient safety, healthcare system, nurse, healthcare institution

Popis korištenih kratica

EU	Europska Unija
AHQR	Agency for Healthcare Research and Quality / Agencija za istraživanje kvalitete i kvalitetu zdravstvene skrbi
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
KPI	Key performance indicators / Ključni pokazatelji poslovanja
QI	Quality indicators / Indikatori kvalitete
PATH	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals / Program u procjeni sigurnosti i kvalitete zdravstvene skrbi
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija
SZO	Svjetski savez za sigurnost bolesnika
IOM	Institute of Medicine / Medicinski institut
HSOPSC	Hospital Survey on patient Safety Culture / Kultura sigurnosti bolesnika u bolnici
NPSA	National Patient Safety Agency / Nacionalna agencija za sigurnost bolesnika
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences / Statistički paket za društvena istraživanja
BIS	Bolnički informatički sustav
IT	Informatička tehnologija

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
1.1.	Pokazatelji (indikator) sigurnosti.....	3
2.	Mjerenje kvalitete	6
2.1.	Implementiranost sustava kvalitete u zdravstvene ustanove u zemljama Europske Unije i Republici Hrvatskoj.....	7
2.2.	Hrvatsko društvo za sigurnost bolesnika.....	9
2.3.	Značaj medicinske sestre u sigurnosti u zdravstvenim ustanovama	10
2.4.	Bolesnik u središtu i njegova sigurnost	13
2.5.	Utjecaj stresa na sigurnost u zdravstvenom sustavu	14
3.	Empirijski dio rada	16
3.1.	Svrha rada	16
3.2.	Ciljevi rada	16
3.3.	Hipoteze.....	17
3.4.	Uzorak.....	17
3.5.	Instrumenti istraživanja	17
3.6.	Prikupljanje i statistička obrada podataka	18
3.7.	Rezultati	19
3.7.1.	Demografski podaci	19
3.7.2.	Pitanja iz upitnika	25
3.7.3.	Testiranje hipoteza	29
3.8.	Rasprava.....	30
4.	Zaključak	36
5.	Literatura	38

1. Uvod

Esencijalni postulat zdravstvenog sustava trebao bi počivati na drevnoj Hipokratovoj izreci „*Primum non nocere*“ što bi u prijevodu značilo - “Najprije ne naškoditi.“

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji sigurnost bolesnika definira se kao „prevencija, otklanjanje i unapređenje zaštite od neželjenih događaja tijekom procesa zdravstvene skrbi“ [1].

Najpouzdanija mjera sigurnosti koja postoji u zdravstvenom sustavu je sigurnost bolesnika. Sigurnost bolesnika ima znatno šire značenje i težinu od neželjenih događaja i usko je povezana sa svim aspektima zdravstvene skrbi. Zdravstveni sustav zahtijeva sigurnost i zaštitu na svim razinama kako za bolesnike tako i za sve koji sudjeluju u pružanju zdravstvene skrbi. Kada se govori o sigurnosti bolesnika u zdravstvenom sustavu, treba reći da je to relativno novi koncept koji je nastao kao posljedica općenito niske razine znanja o samoj učestalosti i značenju sprečavanja neželjenih događaja u zdravstvenom sustavu [2].

U prošlosti su poznate teoretičarke zdravstvene njege poput Florence Nightingale, Virginie Henderson i Nancy Rooper stavljale naglasak na važnost osiguravanja sigurnosti bolesnika. Osim teoretičarki nikako se ne smije zaboraviti psiholog Abraham Maslow i njegova hijerarhija osnovnih ljudskih potreba koji naglašava da je jedna od osnovnih ljudskih potreba, potreba za sigurnošću [3].

Dolazak bolesnika u novu i nepoznatu okolinu, zabrinutost i neizvjesnost zbog dijagnostičkih i terapijskih postupaka itekako može dovesti do straha, ali i osjećaja nesigurnosti. Bolesnik očekuje da će dolaskom u zdravstvenu ustanovu riješiti svoj zdravstveni problem te da će biti zbrinut i

opskrbljen na najbolji mogući način odnosno da će se njegovo zdravstveno stanje uvelike poboljšati ako ne i riješiti [3].

Napredak tehnologije u medicini, porast suvremenih dijagnostičkih postupaka, složenost operativnih zahvata, primjena brojnih lijekova, porast intervencija koje se provode kod bolesnika dovode do povećanja mogućnosti pojave neželjenih učinaka. Isto tako sama organizacija zdravstvene njege, prekovremeni rad i preopterećenost medicinskih sestara, njihov nedovoljan broj, nedostatak i neadekvatna oprema zdravstvenih ustanova također mogu znatno utjecati na sigurnost bolesnika [3].

U zemljama Europske unije (EU) svake godine oko 10 do 12 % bolesnika pri hospitalizaciji nepotrebno je izloženo štetnim događajima, dok svake godine oko 4,1 milijun bolesnika u EU dobije infekciju povezanu sa zdravstvenom skrbi, od toga 37.000 sa smrtnim ishodom [4]. Čak 30% do 40% neželjenih događaja povezanih s liječenjem u zdravstvenim ustanovama i primarnoj zdravstvenoj zaštiti može se spriječiti [2]. U takvim situacijama važno je napomenuti da ne stradaju samo bolesnici već i njihove obitelji. Za zdravstveni sustav to predstavlja veliki financijski gubitak, a sam incident izaziva stres kod osoblja, koji posljedično dovodi do demotivacije, nezadovoljstva i pada samopouzdanja [5].

U Americi je formirana Agencija za istraživanje zdravstvene skrbi i kvalitetu – AHQR (Agency for Health care Research and Quality) te su prema njoj pokazatelji bolesnikove sigurnosti alati za mjerenje neželjenih događaja koji se javljaju u pružanju zdravstvene skrbi.

Danas je sigurnost bolesnika postala sastavni dio politike javnog zdravlja u Republici Hrvatskoj [6]. Prema načelima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj sustav mjera za ostvarivanje i unapređenje sveobuhvatne kvalitete zdravstvene zaštite, njihova implementacija i praćenje indikatora kvalitete za bolničke zdravstvene ustanove, definira se putem zakonskih propisa [6,7].

Indikatori odnosno pokazatelji kvalitete predstavljaju kvantitativnu osnovu za praćenje, analiziranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite. Pomoću njih definiraju se postupci kada, gdje i kako prikupiti podatke i na temelju njihove analize sagledati nedostatke, kako i na koji način ih promijeniti te kako unaprijediti daljnje postupke i samim time postići bolje i sigurnije rezultate [8].

Praćenje kvalitete zdravstvene skrbi i sigurnosti bolesnika u Republici Hrvatskoj provodi se putem Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi koja je usklađena s međunarodnim kriterijima, na temelju zakonskih obveza i nadležnosti. Osim toga 2015. godine, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje započeo je projekt koji služi za praćenje uspješnosti i kvalitete rada bolnica. Razlog uvođenja pokazatelja rada bolničkih zdravstvenih ustanova donesen je radi svojevrsnog nagrađivanja ustanova, a to uključuje specifične pokazatelje uspješnosti (eng. Key performance indicators - KPI), te pokazatelje kvalitete (eng. Quality indicators - QI) [8].

Izgradnja takvog sustava omogućuje praćenje ishoda liječenja, ali istovremeno podiže ljestvicu u samoj kvaliteti pružanja zdravstvene zaštite svim osiguranicima. Osim toga omogućava prikaz slike zdravstvenog sustava u cijelosti uz praćenje napretka kroz određeno vrijeme te pravodobnu reakciju u slučaju pojave nepravilnosti [8].

1.1. Pokazatelji (indikatori) sigurnosti

„Pokazatelji sigurnosti bolesnika su alati za mjerenje neželjenih događaja koji se mogu pojaviti i spriječiti tijekom pružanja zdravstvene skrbi. Nastali su opsežnim proučavanjem određenih literaturnih zapisa, istraživanjem i sastancima radnih skupina. Važnost indikatora se očituje u tome što nositeljima zdravstvene djelatnosti omogućuje učenje na pogreškama te međusobnu usporedbu s drugim indikatorima ovisno o stupnju sigurnosti“ [1].

„Shodno Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (Narodne novine, broj 124/11) sigurnost zdravstvenog postupka podrazumijeva osiguravanje zdravstvenih postupaka od štetnih neželjenih događaja čija bi posljedica mogla biti bolest, ozljeda na radu i drugi štetni neželjeni događaji za bolesnike nastali tijekom provođenja zdravstvenih postupaka zbog smanjene ili pogrešne uporabe zdravstvene tehnologije ili standardnih operativnih postupaka, odnosno nastali njihovom zlorabom. Sigurnost se odnosi na sigurnost bolesnika, zdravstvenih radnika te sigurnost zdravstvenih postupaka“ [7].

Prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (Narodne novine broj 79/11) zdravstvene ustanove imaju svaka tri mjeseca obavezu dostaviti izvješće o praćenju neočekivanih neželjenih događaja Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi [1].

U neočekivane neželjene događaje spada [1]:

- Kirurški zahvat proveden na pogrešnom bolesniku;
- Kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela;
- Instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata koji zahtjeva dodatni zahvat ili dodatni postupak;
- Transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti;
- Smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije;
- Smrt majke ili teško oboljenje povezano s porodom;
- Otmica novorođenčeta;
- Otpust novorođenčeta pogrešnoj obitelji;
- Smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, koja nije povezana s urođenim oboljenjem;
- Jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513 $\mu\text{mol/L}$);
- Samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi i trgovačkom društvu ili unutar 72 sata od otpusta;
- Radioterapija pogrešne regije tijela;
- Radioterapija s dozom 25% iznad planirane doze.

Prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (Narodne novine broj 79/11), zdravstvene ustanove imaju obavezu svakih šest mjeseci dostaviti izvješće ministarstvu i Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi o praćenju Pokazatelja bolesnikove sigurnosti odnosno o ostalim neželjenim događajima [1].

Ostali neželjeni događaji (pokazatelji sigurnosti bolesnika) jesu [1]:

- Stopa standardizirane bolničke smrtnosti;
- Poslijeoperacijska infekcija rane;
- Nedostatna higijena ruku;
- Poslijeoperacijska plućna embolija ili duboka venska tromboza;
- Poslijeoperacijsko krvarenje ili hematoma;
- Neželjene nuspojave lijekova;
- Opstetričkatrauma- vaginalni porod bez instrumenata;
- Porodajna trauma – ozljeda novorođenčeta;
- Poslije operacijski prijelom kuka;
- Pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi;
- Dekubitalni ulkus;
- Nuspojave antipsihotičnog liječenja.

U ovom radu želi se ukazati na sigurnost bolesnika u zdravstvenim ustanovama koja je usko povezana sa svim aspektima zdravstvene zaštite, posebno u kontekstu važnosti medicinske sestre/tehničara u zdravstvenim ustanovama. Osim razmatranja činjenice što je to sigurnost bolesnika, postavljanjem određenih hipoteza želi se utvrditi da li postoje razlike u ocjenama sigurnosti bolesnika, te da li godine radnog staža i stupnja obrazovanja zdravstvenih djelatnika utječu na sigurnost bolesnika u zdravstvenim ustanovama.

2. Mjerenje kvalitete

Mjerenje kvalitete podijeljeno je na tri osnovna dijela: struktura, proces i ishod. U strukturu spadaju materijalni resursi, ljudski potencijal i sama organizacija. Proces podrazumijeva traženje i pružanje zdravstvene zaštite, dok u ishod spada zdravstveno stanje bolesnika i populacije [9]. Prema Ovretveitu kvaliteta se definira kao apsolutno zadovoljenje potreba krajnjih korisnika, uz minimalne troškove za organizaciju, a sve unutar jasno definiranih granica postavljenih od strane zdravstvenih autoriteta i financijera [10].

Kvalitetu je potrebno promatrati iz širokog i uskog vidokruga. Izobrazba zdravstvenih radnika, financijski poticaji, položaj u društvu, standard za izgradnju, oprema, osoblje, izdavanje licenci, zdravstvena administracija i zakonodavstvo spadaju u široki vidokrug. Stalni nadzor provedbe usluge, poduzimanje mjera za sprečavanje pogrešaka i njihovo ponavljanje te ispravljanje otkrivenih nedostataka spada u uski vidokrug [11].

Alat koji se najčešće koristi za mjerenje kvalitete u pružanju usluge iz perspektive korisnika je SERQUAL instrument. Temelji se na mjerenju odstupanja između očekivanja korisnika i njegovih percepcija s obzirom na različitost elemenata u kvaliteti same zdravstvene usluge. Sastavljen je od pet dimenzija i to od; opipljivih elemenata, odgovornosti, sigurnosti, pouzdanosti i empatije [12]. Rameza u svojem istraživanju iz 2012. godine vezano za kvalitetu zdravstvene usluge najveću važnost daje pouzdanosti, empatiji i opipljivim elementima [13], dok je Kumaraswamy 2012. godine, zaključio da na čimbenike kvalitete utječu; susretljivost osoblja, radno okruženje, ponašanje liječnika i radne performanse. Pritužbe se najčešće odnose na duge liste čekanja, visoke troškove liječenja i ponašanje osoblja [12].

Vrlo je bitno identificirati koji su to parametri koji utječu na kvalitetu zdravstvene usluge budući da ona ima višestruku korist kako za samu

organizaciju, tako i za bolesnika ali i društvo. Određeni autori smatraju da bolesnici ne razlikuju brižno osoblje od postupaka liječenja. Isto tako smatraju da ne-tehničke intervencije najviše utječu na ocjenu ukupne kvalitete zdravstvene usluge i da su ti aspekti važniji od tehničkih. Iz tih razloga zaključuju da se kvaliteta zdravstvene usluge ne bi trebala temeljiti isključivo na ocjeni bolesnika [12].

2.1. Implementiranost sustava kvalitete u zdravstvene ustanove u zemljama Europske Unije i Republici Hrvatskoj

Sigurnost bolesnika i kvalitetna zdravstvena usluga postala je globalno pitanje vezano uz zdravstvenu skrb. Sigurnost bolesnika raste sa bolje organiziranim zdravstvenim sustavom, samim time postiže se očuvanje radne sposobnosti i povećava se produktivnost zdravstvenih djelatnika. U svijetu, zdravstvene ustanove žele poboljšati kvalitetu skrbi, sigurnost i zadovoljstvo bolesnika, no uz ograničene ljudske i financijske resurse i minimalnu medicinsku opremu. Isto tako, istovremeno moraju zadovoljiti postavljene standarde kvalitete na nacionalnoj razini. Na sam proces osiguranja kvalitete u zdravstvu veliki utjecaj imaju javno mišljenje i politika.

Kodate je 2010. godine, analizirao zdravstvene sustave Engleske, Švedske i Japana na nacionalnoj razini i došao do zaključka da su promjene u zdravstvenoj politici pod utjecajem odnosa između javnosti i vlade. Samim time dostupnost informacija u javnosti utječe na kreiranje politike u zdravstvu u razvijenim zemljama [12,14].

U Republici Hrvatskoj zdravstveni sustav počiva na temeljima socijalnog načela dok je po modelu financiranja najbliži Bismarcovu. Pod Hrvatski zdravstveni sustav spada zdravstvena zaštita i zdravstveno osiguranje no u posljednje vrijeme na sve većoj važnosti dobiva i zaštita prava bolesnika regulirana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Odnosi se na sve tri

razine zdravstvene zaštite primarnu, sekundarnu i tercijarnu te uključuje i zdravstvene zavode [12]. U skladu sa hrvatskim zakonodavstvom (Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju), svaka osoba posjeduje pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja.

Propisi na nacionalnoj razini vezani uz kvalitetu i sigurnost su [15]:

- Nacionalna strategija zdravlja
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj
- Zakon o zaštiti prava bolesnika
- Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi
- Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene
- Plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite
- Priručnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene
- Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove

Na inicijativu Hrvatskoga društva za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite Hrvatskoga liječničkoga zbora, 2009. godine započelo se s uvođenjem indikatora kvalitete a kao rezultat međunarodne suradnje uključivanja u program PATH (engl. *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*). Riječ je o projektu koje je proizašao iz Regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije (WHO). Projekt se nastavio razvijati zahvaljujući Povelji o zdravstvenim sustavima iz Tallinna 2008. godine. Poveljom su zemlje članice WHO, stavile naglasak na važnost neprekidnog unapređenja kvalitete zdravstvene skrbi te isplativost zdravstvenih usluga i samim time doprinijele jačanju zdravstvenih sustava [16].

Europska Unija je na preporuku Svjetskog saveza za sigurnost bolesnika (SZO) i Luksemburške deklaracije za sigurnost bolesnika donesene 2005.godine, osnovala Radnu skupinu čiji je primarni zadatak briga o sigurnosti bolesnika. Sukladno tome Radna skupina je 2014. godine prezentirala dva važna dokumenta iz područja sigurnosti bolesnika. Prvi dokument imenom „Ključna saznanja i preporuke u pogledu obrazovanja i osposobljavanja iz područja sigurnosti bolesnika diljem Europe“ i drugi „Ključna saznanja i preporuke o sustavima izvješćivanja i učenja za nezgode u području sigurnosti bolesnika diljem Europe“ [2].

Europska komisija tražila je od SZO da se prilagodi Konceptualni okvir za međunarodnu klasifikaciju sigurnosti bolesnika vezanu za izvješća. Temeljem toga 2015. godine, osmišljen je „minimalni informacijski model“ u kojem se koristi zajednička terminologija i služi kao predložak za izvješća o sigurnosti bolesnika [2].

Sigurnosti bolesnika na razini Europe doprinose i projekti Europske unije. U okviru Prvog i Drugog programa zajednice za zdravstvo zatim Šestog i Sedmog za istraživanje i tehnologiju, Trećeg programa zajednice za zdravstvo (2014.-2020.) i najnovijeg programa istraživanja Obzor 2020 [2].

2.2. Hrvatsko društvo za sigurnost bolesnika

Udruga ima za cilj unapređenje sigurnosti bolesnika putem različitih istraživanja te preispituje trenutni stupanj sigurnosti bolesnika. Također nastoji osigurati dostupnost svih metoda i alata za unapređenje sigurnosti bolesnika istovremenim poticanjem primjene tih alata i metoda na svim razinama zdravstvene zaštite i socijalne skrbi [17].

Ciljevi Udruge se posebno ističu djelatnostima poput:

- podizanja svijesti o važnosti sigurnosti bolesnika, putem edukativnih, stručnih i javnih skupova;
- praćenja trendova o postupcima i alatima koji služe za unapređenje sigurnosti bolesnika te prezentiranje istih članovima udruge i široj javnosti, s ciljem poboljšanja razmjene i protoka informacija
- organiziranja predavanja, seminara, radionica i tečajeva na temu sigurnosti bolesnika uz uključivanje raznih stručnjaka iz tog područja
- kreiranja novih programa iz područja sigurnosti bolesnika
- domaća i međunarodna suradnja s drugim organizacijama, javnim institucijama, ustanovama i udrugama
- tiskanje časopisa, brošura, audio i video zapisa iz područja djelatnosti udruge poštujući važeće propise [17].

2.3. Značaj medicinske sestre u sigurnosti u zdravstvenim ustanovama

“Budi medicinska sestra kakvu bi voljela imati da si bolesnik.” [18].

Ovom izrekom želi se naglasiti važnost misije medicinske sestre/tehničara. Sve što on/a radi i način na koji to radi, utječe na iskustvo koje će pacijent imati prilikom boravka u zdravstvenoj ustanovi, bilo da se radi o liječenju, primjeni terapije ili dijagnostičkoj obradi.

Medicina utemeljena na dokazima (*eng. Evidence - based medicine*) definira se kao savjesna, nedvojbeno i kritička primjena najboljeg mogućeg dokaza kod donošenja odluka o brizi oko bolesnika [19].

Međutim ponekad se od profesionalca zahtijeva da se emocionalno distanciraju od bolesnika radi povećanja objektivnosti i time izazivaju osjećaj nezainteresiranosti i nebrige za njihovo stanje, posebice u razdoblju kada su najranjiviji i najosjetljiviji. Bazično, medicina je moralna, nije ovisna samo o svojoj prirodnoj ili pak socijalnoj komponenti. U kliničkoj praksi, moralna je jer

je definirana međusobnim odnosom zdravstvenih djelatnika i bolesnika. Takav odnos temelji se na moralnim i etičkim načelima i dužnostima [20].

Na sam proces izlječenja bolesnika i njihovu sigurnost, osim znanja zdravstvenih djelatnika uvelike utječe i njihovo ponašanje. Nanijeti štetu bolesniku bilo slučajno ili namjerno znači srušiti temelje primarnih etičkih principa medicine koji kako je već ranije spomenuto datiraju još iz vremena Hipokrata. Klinička medicina ostavlja postrani karakterne osobine zdravstvenih djelatnika i njihovo ponašanje, no ipak ljepota duha i osjećaj za druge nalazi se u biću svakog onog tko se bavi pružanjem zdravstvene njege [20].

Medicinske sestre su koordinatori cjelokupne skrbi o bolesniku, kao takve moraju težiti unapređenju i podizanju kvalitete zdravstvene njege, povećanju zadovoljstva bolesnika, ali i sigurnosti bolesnika o kojima skrbe [21, 22].

U javnosti je uvriježena percepcija da se sigurnost bolesnika veže uz odgovornost medicinske sestre. Razlog tome je što medicinska sestra ima središnju ulogu u sigurnosti bolesnika, stoga i postoji opasnost da se sve pogreške pripišu medicinskim sestrama, umjesto pogreškama u sustavu. Suprotno tome istraživanja pokazuju da je zahvaljujući medicinskim sestrama spriječen velik broj neželjenih događaja i da baš one štite bolesnika od nesigurnosti i određenih propusta u praksi. Stoga važno je spomenuti da gotovo svaki postupak u zbrinjavanju bolesnika zahtjeva i uključuje određeni stupanj potencijalnog rizika [3].

U posljednje vrijeme postoji inicijativa da se promijeni ozračje krivnje u ozračje sigurnosti. Medicinska sestra koja je učinila pogrešku u ozračju krivnje prozvana je i kažnjena, dok se u ozračju sigurnosti stavlja naglasak na unaprjeđenje sustava s ciljem smanjenja mogućnosti pogreške i povećanja sigurnosti. Pokušavaju se utvrditi uzroci pogrešaka i istovremeno ih smanjiti [3]. Najjednostavniji primjer pogrešaka je kod primjene lijekova. Primjena krivog lijeka ne mora nužno značiti nemar, nepažnju ili samodopadnost već

uzrok tome može biti pohrana sličnih lijekova jednog pored drugog, premali broj infuzijskih pumpi što može izazvati prebrzu primjenu lijekova, premorenosti preopterećenost medicinskih sestara, manjak zdravstvenog kadra, pojava infekcija jer nije dostupan pribor za pranje ruku ili je nedostupna zaštitna odjeća. Sustav je sklon kažnjavanju i sankcioniranju takvih situacija, iako kazna može biti prikladna u nekim situacijama, na taj način neće se učinkovito spriječiti daljnje pogreške[3]. Kod ozračja sigurnosti naglasak se stavlja na analizu učinjene pogreške te nastojanju pronalaženja ciljanih strategija ili protokola koji su usmjereni na sprječavanje mogućih daljnjih pogrešaka [3].

Temelji zapravo počivaju na radu Medicinskog instituta (*Institute of Medicine – IOM*) u Sjedinjenim Američkim Državama 1999. pod naslovom *Griješiti je ljudski (To Err Is Human)*. U radu se govori o procjeni da u američkim bolnicama godišnje umire 44.000 – 98.000 bolesnika zbog medicinskih grešaka. Iz tog razloga autori već tada naglašavaju potrebu za ugradnjom mehanizama sigurnosti u zdravstveni sustav kako bi se veća pažnja posvetila budućim pogreškama a ne traženju krivca za ranije pogreške [23].

Šklebar u svom radu iz 2015. godine, Hrvatsku naziva tipičnom tranzicijskom zemljom koja nema dovoljno znanja o „važnosti bolesnikove sigurnosti i stanju kulture njegove sigurnosti u bolnicama.“ Iz tog razloga ponukan je napraviti hrvatski prijevod HSOPSC upitnika te ga odlučuje testirati kao pilot projekt 2009. godine na uzorku zdravstvenih djelatnika Opće bolnice Bjelovar. Rezultati koji su dobiveni ukazuju na nisku učestalost prijavljivanja neželjenih događaja te na niži stupanj komunikacijske otvorenosti. Kod zdravstvenih djelatnika prisutan je strah od kazne u slučaju priznanja pogreške. Također, istraživanje je pokazalo da nema dovoljne podrške upravnih struktura kod primjena mjera za poboljšanje bolesnikove sigurnosti [23]. Šklebar navodi kako je zbog poprilično poražavajućih rezultata potrebno proširiti istraživanje radi dobivanja što vjerodostojnijih rezultata, ali i istovremeno raditi na podizanju svijesti, edukaciji i senzibilizaciji zdravstvenih

djelatnika kako bi se što bolje sustav sigurnosti implementirao u zdravstveni sustav [23].

2.4. Bolesnik u središtu i njegova sigurnost

Sigurnost bolesnika je pojam koji se počeo koristiti u novije vrijeme. Posljedica je niske razine znanja i upozorenja o prevenciji neželjenih događaja u zdravstvenoj njezi. Bez obzira na to još uvijek ne postoji jasno definirana međunarodna klasifikacija koja govori i koncizno definira bolesnikovu sigurnost. Prije svega sigurnost bolesnika veže se uz odnos liječnik - bolesnik [24].

Brborović u svojoj doktorskoj disertaciji iz 2015. godine piše kako se prije smatralo da su industrija i zrakoplovstvo najopasnije djelatnosti. Činjenica je da industrija i zrakoplovstvo raspolažu s više podataka o sigurnosti od zdravstvenog sustava. Realne šanse da se putniku nešto dogodi (neželjeni događaj) u zrakoplovu su tek 1/1.000.000, dok je mogućnost za neželjeni događaj u bolnici 1/300 [25].

National Patient Safety Agency (NPSA) iz Londona, izdala je preporuku za ostvarivanje što sigurnije zdravstvene zaštite. Preporuka se stoji od sedam važnih koraka:

1. utvrditi koncept, metode i alate u praksi s ciljem razvoja kulture sigurnosti,
2. usredotočiti se na bolesnikovu sigurnost unutar cijele ustanove,
3. integrirati upravljanje rizicima u sustav upravljanja,
4. uspostaviti sustav izvješćivanja na lokalnoj i nacionalnoj razini,
5. uključiti bolesnika i javnost u sustav zdravstvene zaštite,
6. analizirati uzroke neželjenih događaja (*root cause analysis*),
7. primijeniti naučeno u praksi [24].

Danas je veliki izazov za svaki zdravstveni sustav bolesnikova sigurnost. Za poboljšanje i razvijanje kulture bolesnikove sigurnosti potrebno je iznimno znanje, odabir i primjena specifičnih metoda i alata koji se mogu adekvatno primijeniti u određenim situacijama. Metodološka kategorija koja je od iznimne važnosti je jačanje uloge bolesnika, koja u Hrvatskoj zahtjeva još jako puno stručnog angažmana. Od velike pomoći su raspoloživi programi i iskustva drugih država. Ključ uspjeha leži u spoznaji da se kvaliteta pružane zdravstvene zaštite očituje na kvaliteti bolesnikove sigurnosti [24].

2.5. Utjecaj stresa na sigurnost u zdravstvenom sustavu

Određene situacije na radnom mjestu kod pojedinaca mogu izazvati različite štetne fiziološke, psihološke i bihevioralne reakcije, naročito kada ti zahtjevi premašuju njegove sposobnosti, mogućnosti i potrebe što rezultira razvojem stresa [26].

Na poslu stres je posljedica međusobne interakcije zaposlenika i karakteristika radnog mjesta. Neki od čimbenika koji utječu na razvoj stresa na poslu su primarno čimbenici radnog okoliša. Tu spadaju fizički zahtjevni odnosno neugodni uvjeti rada poput buke, zagađenog zraka, funkcionalno neprilagođenih uvjeta te prenapučenosti. Na drugom mjestu su psihosocijalni organizacijski čimbenici poput narušenih međuljudskih odnosa, nezadovoljstvo kod podjele poslova, loša komunikacija, negativna radna atmosfera i sl. [27].

Meta analiza iz 2019. godine, koju su izradili Garcia i suradnici pokazala je da nekoliko čimbenika može ugroziti sigurnost bolesnika, poput neučinkovitog tmskog rada, neuspješnih organizacijskih procesa te fizičke i psihičke preopterećenosti zdravstvenih djelatnika [28]. Analizirano je 21 istraživanje od kojih većina pokazuje povezanost između postojanja sagorijevanja zdravstvenih djelatnika i pogoršanja sigurnosti bolesnika. Visoka razina sagorijevanja je česti simptom među liječnicima i sestrama, a to je

povezano s vanjskim čimbenicima kao što su: preveliko opterećenje poslom, duga putovanja i narušeni međuljudski odnosi. Na pozitivne primjere iz prakse o sigurnosti bolesnika utjecaj imaju dobro organizirani timovi, koji svojim znanjem, umijećem, kvalitetnom komunikacijom podižu kvalitetu zdravstvene skrbi, te se na taj način stvaraju autonomni zdravstveni stručnjaci [28].

„Sagorijevanje“ zdravstvenih djelatnika na radnom mjestu smatra se faktorom kvalitete zdravstvene skrbi, no ipak malo se zna o dosljednosti i veličini tog odnosa. Tome svjedoči meta analiza iz 2017. godine koju su objavili znanstvenici s odjela za psihologiju u Indiana University-Purdue University Indianapolis. Meta analiza je ispitala odnose između sagorijevanja zdravstvenih djelatnika (emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija i smanjeno osobno postignuće) i kvalitete (percipirana kvaliteta, zadovoljstvo bolesnika) i sigurnosti zdravstvene zaštite. Uključeno je bilo osamdeset i dva istraživanja, uključujući 210.669 zdravstvena djelatnika. Statistički značajni negativni odnosi pojavili su se između sagorijevanja i kvalitete ($r = -0,26$, 95 % CI [-0,29, -0,23]) i sigurnosti ($r = -0,23$, 95 % CI [-0,28, -0,17]). U oba slučaja negativan odnos podrazumijevao je da je veće sagorijevanje među zdravstvenim djelatnicima povezano s zdravstvenom skrbi lošije kvalitete i smanjenom sigurnošću za bolesnike [29]. Ovo je prva studija koja sustavno, kvantitativno analizira veze između sagorijevanja zdravstvenih djelatnika i kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti u svim disciplinama. Sagorijevanje zdravstvenih djelatnika pokazuje dosljedno negativne odnose s kvalitetom (uključujući zadovoljstvo bolesnika), pokazateljima kvalitete i percepcijom sigurnosti. Iako su učinci mali ili pak srednji, analiza je pokazala da su učinkovite intervencije u sprečavanju sindroma sagorijevanja kod zdravstvenih djelatnika itekako važne [29].

3. Empirijski dio rada

3.1. Svrha rada

Sigurnost u zdravstvenim ustanovama trebala bi biti visoko pozicionirana na listi prioriteta u svim zemljama članicama Europske unije pa tako i u Republici Hrvatskoj [2]. Od zdravstvene skrbi danas se očekuje najbolje, dok sigurnost za zdravstveni sustav predstavlja izazov i prioritet. Sukladno tome, zdravlje bolesnika i njegovu sigurnost potrebno je staviti u središte kvalitetne zdravstvene zaštite [30].

Svrha rada je podići razinu svijesti o prisutnosti neželjenih događaja u zdravstvenim ustanovama, educirati zdravstvene profesionalce kako i na koji način ih spriječiti, te pokušati objasniti zašto je sigurnost u zdravstvenim ustanovama važna.

3.2. Ciljevi rada

Ciljevi ovog istraživačkog rada su:

- definirati i objasniti što je to sigurnost bolesnika;
- utvrditi postoje li razlike u ocjenama sigurnost bolesnika u zdravstvenim ustanovama;
- utvrditi utječu li godine radnog staža i stupnja obrazovanja zdravstvenih djelatnika na sigurnost bolesnika u zdravstvenim ustanovama;

3.3. Hipoteze

U ovom radu postavljene su tri hipoteze:

H1 – ne postoje razlike u ocjenama sigurnosti bolesnika kod zdravstvenih djelatnika

H2 – godine radnog staža zdravstvenih djelatnika ne utječu na ocjenu sigurnosti bolesnika

H3 – stupanj obrazovanja zdravstvenih djelatnika ne utječe na ocjenu sigurnosti bolesnika

3.4. Uzorak

U istraživanju je sudjelovalo 209 sudionika (medicinskih sestara/tehničara i doktora medicine) od toga 90,4% (189) pripadnica ženskog spola i 9,6% (20) pripadnika muškog spola zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama. Sudionici su bili različite dobi, spola, stupnja obrazovanja i godina radnog iskustva.

3.5. Instrumenti istraživanja

Kao Mjerni instrument u ovome istraživanju korišten je upitnik o Kulturi sigurnosti bolesnika (*Izvor, AHRQ, prijevod na Hrvatski, Ivan Šklebar, tajnik HD-za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, HLZ, uz pismenu suglasnost autora*).

Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno. Upitnik je sastavljen od 42 pitanja strukturirana tako da mjere 12 kategorija kulture bolesnikove sigurnosti, od toga sedam kategorija vezanih za razinu odjela, tri na razini bolnice i dvije kategorije odnose se na ishod.

Upitnik sadrži dva pitanja u kojima se sudionike pita za prosječnu ocjenu stupnja sigurnosti na njihovim odjelima te za broj prijavljenih neželjenih događaja u proteklih 12 mjeseci.

Na većinu pitanja u upitniku odgovaralo se pomoću pet stupnjeva Likertove skale sa „slažem se / ne slažem se“ i „nikad/ uvijek“. Rezultati u 12 kategorija upitnika izraženi su pomoću postotaka pozitivnih, neutralnih i negativnih odgovora u Likertovoj skali, pri čemu se kao pozitivni smatraju odgovori „slažem se“ i „izričito se slažem“, kao neutralni odgovor „nijedno“, a kao negativni odgovori „ne slažem se“ i „izričito se ne slažem“.

U pitanjima koja se odnose na učestalost prijave neželjenih događaja pozitivnim odgovorom smatraju se „često“ i „uvijek“, neutralnim „ponekad“, dok se negativnim odgovorom smatraju „rijetko“ ili „nikad“.

3.6. Prikupljanje i statistička obrada podataka

Istraživanje je provedeno putem upitnika/ankete anonimno i dobrovoljno. Razdoblje provedbe istraživanja bilo je tijekom travanj/svibanj 2020. godine. Izrađen je upitnik putem Google Forms obrasca te plasiran u javnost putem platforme Facebook članovima grupe Diplomskog studija sestrinstva, Hrvatskom društvu medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije, Medicinske sestre/tehničari zajedno te Podrška medicinskim sestrama i tehničarima.

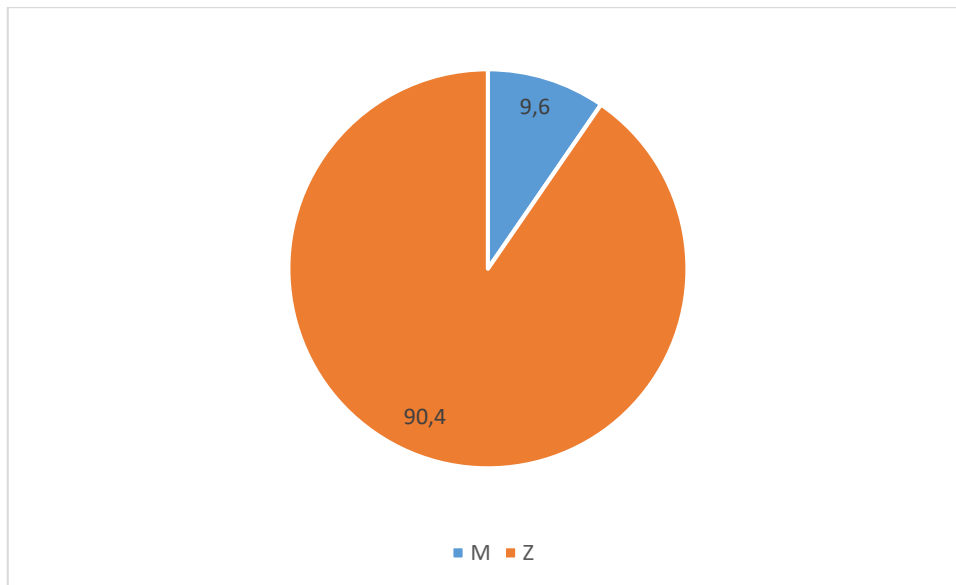
Analiza i obrada podataka dobivenih ovim istraživanjem napravljena je u kompjuterskom programu Microsoft Excel. Prikupljeni podaci su analizirani i obrađeni putem SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences - Statistički paket za društvena istraživanja*) programa, a rezultati provedenog istraživanja prikazani su u nastavku rada.

U svrhu testiranja hipoteza koristio se Hi - kvadrat test. Značajnost razlika komentirana je na razini vjerojatnosti $p < ,05$.

3.7. Rezultati

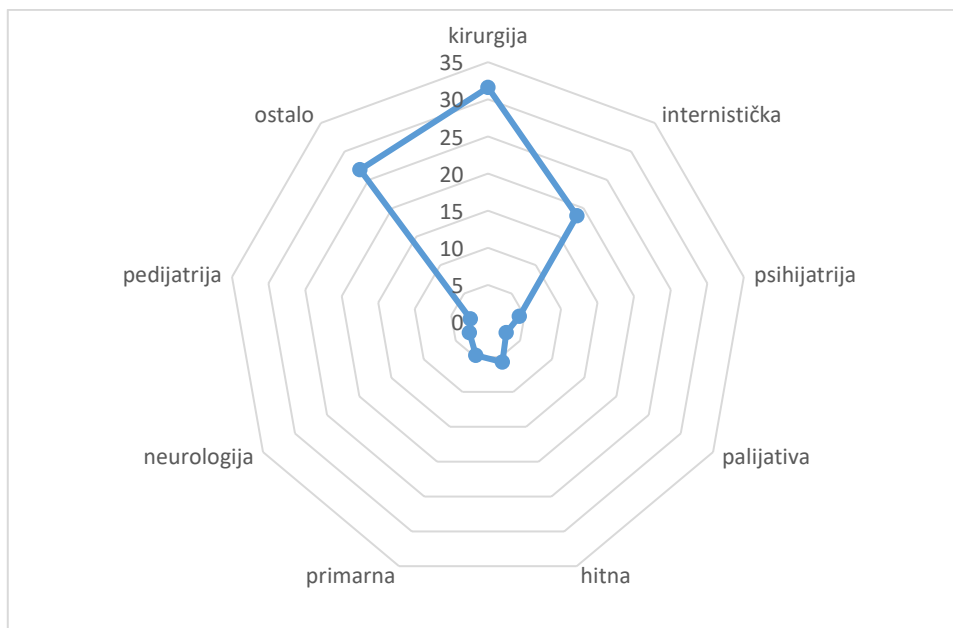
3.7.1. Demografski podaci

U istraživanju je sudjelovalo 209 sudionika, od toga 90.4% ženskih (189) i 9.6% muških (20) osoba (grafikon 3.7.1.1.).



Grafikon 3.7.1.1. Raspodjela sudionika prema spolu, izvor: autor V.V.

Prema primarnom mjestu rada, najviše sudionika je sa područja kirurške djelatnosti (31,5% ili 66 sudionika), zatim sa internističkog odjela (18,7% ili 39 sudionika), dok su sva ostala područja (gastroeneterologija, hemodijaliza, traumatologija, ...) zastupljena sa 26,8% ili 56 sudionika (grafikon 3.7.1.2.).



Grafikon 3.7.1.2. Raspodjela sudionika prema primarnom mjestu rada ili odjela, izvor: autor V.V.

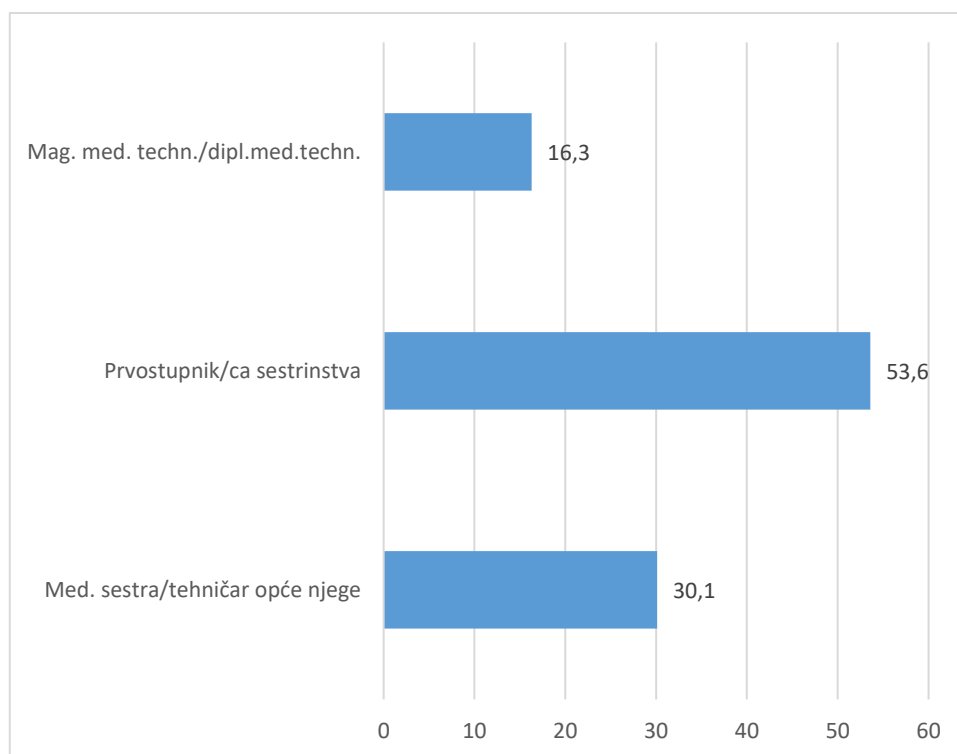
Najveći postotak sudionika prema godinama radnog staža bio je podjednako zastupljen sa tri kategorije. Tako je 26,8% bilo između 1-5 godina staža, 25,4% između 21-30 godina i vrlo slična raspodjela je za one između 11-20 godina staža (tablica 3.7.1.1.).

Stož (godina)	Broj sudionika	Postotni udio (%)
1-5	56	26,8
6-10	29	13,9
11-20	50	23,9
21-30	53	25,4
> 31	21	10,0
Ukupno	209	100

Tablica 3.7.1.1. Distribucija sudionika prema starosnoj strukturi, izvor: autor V.V.

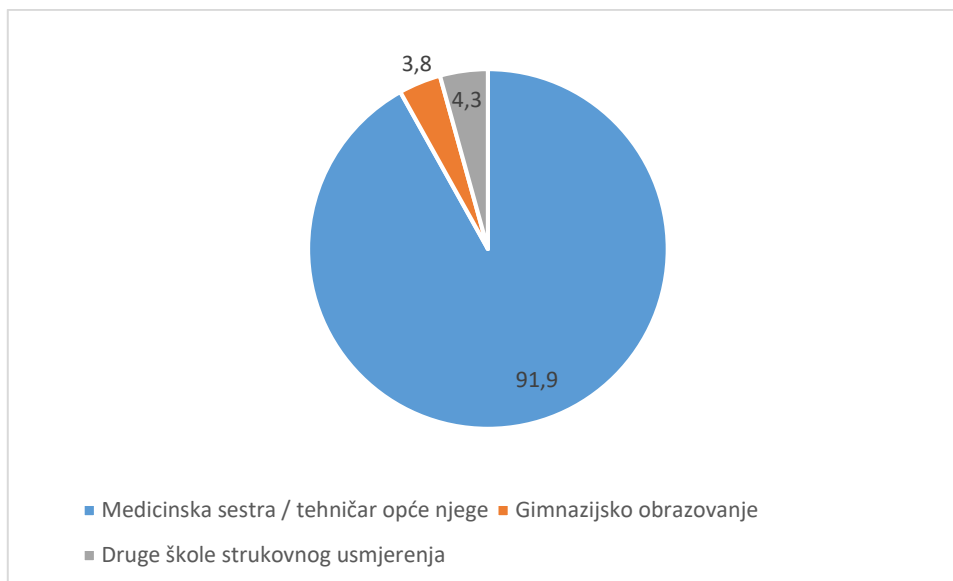
Najviše sudionika koji su sudjelovali u istraživanju su prvostupnik/ca sestrinstva (53,6%), zatim slijede medicinska sestra/tehničar (30,1%) te

magistar/a sestrištva (16,3%). Raspodjela sudionika prema stručnoj spremi vidljiva je u grafikonu 3.7.1.3.



Grafikon 3.7.1.3. Raspodjela sudionika prema stručnoj spremi (%), izvor: autor V.V.

Kao što i analiza pokazuje, najviše je sudionika bilo prvostupnik/ca sestrištva. Iako prevladavanja javno mnijenje, kako u zdravstvenim ustanovama rade osobe koje su minimalno završile srednju medicinsku školu, kod sudionika je i ta činjenica više-manje potvrđena (grafikon 3.7.1.4.).



Grafikon 3.7.1.4. Raspodjela sudionika prema srednjoškolskom obrazovanju (%), izvor: autor V.V.

Vezano uz reprezentativnost uzorka istraživanja, vidljivo je da više od 56% sudionika ima u kontinuitetu dulji staž od 6 godina u trenutnoj ustanovi (tablica 3.7.1.2.).

Stož (godina)	Broj sudionika	Postotni udio (%)
1	16	7,7
1-5	74	35,4
6-10	25	12,0
11-15	35	16,7
16-20	13	6,2
> 21	46	22,0
Ukupno	209	100

Tablica 3.7.1.2. Raspodjela sudionika prema dužini rada u trenutnoj ustanovi (%), izvor: autor V.V.

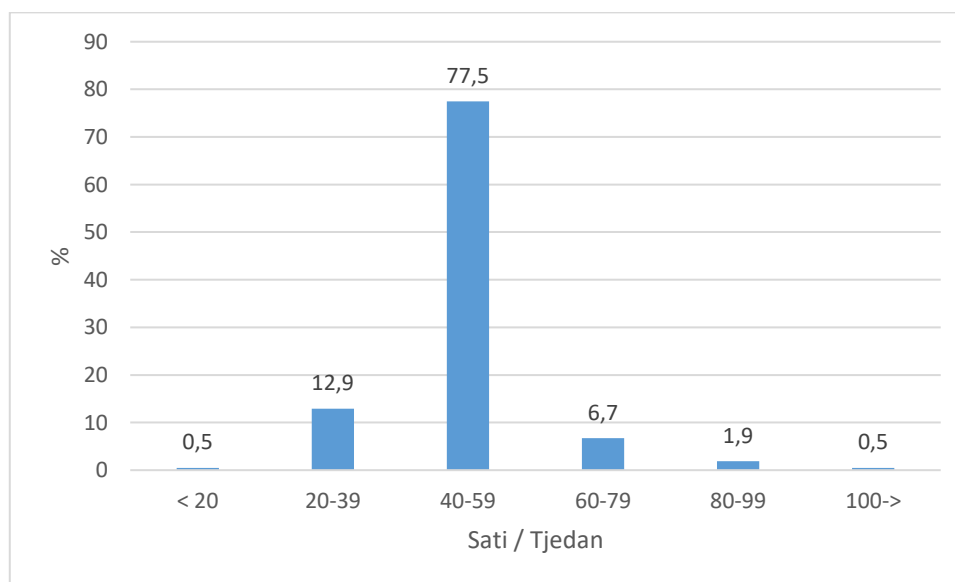
Raspodjela sudionika prema dužini rada u svom trenutnom zvanju/specijalizaciji vidljiva je u tablici 3.7.1.3.. Najveći broj sudionika (42.1%) nalazi se u kategoriji do 5 godina neprekinutog rada u trenutnom

zvanju/specijalizaciji, dok više od 50.0% sudionika ima šest i više godina rada u trenutnom zvanju/specijalizaciji.

Stož (godina)	Broj sudionika	Postotni udio (%)
1	16	7,7
1-5	88	42,1
6-10	48	23,0
11-15	21	10,0
16-20	11	5,2
> 21	25	12,0
Ukupno	209	100

Tablica 3.7.1.3. Raspodjela sudionika prema dužini rada u svom trenutnom zvanju/specijalizaciji (%), izvor: autor V.V.

Distribucija opterećenosti djelatnika u ustanovama vidljiva je u grafikonu 3.7.1.5.. Više od 85% sudionika je „opterećeno“ radnim vremenom, te jednostavno „sagorijevaju“ na radnom mjestu.



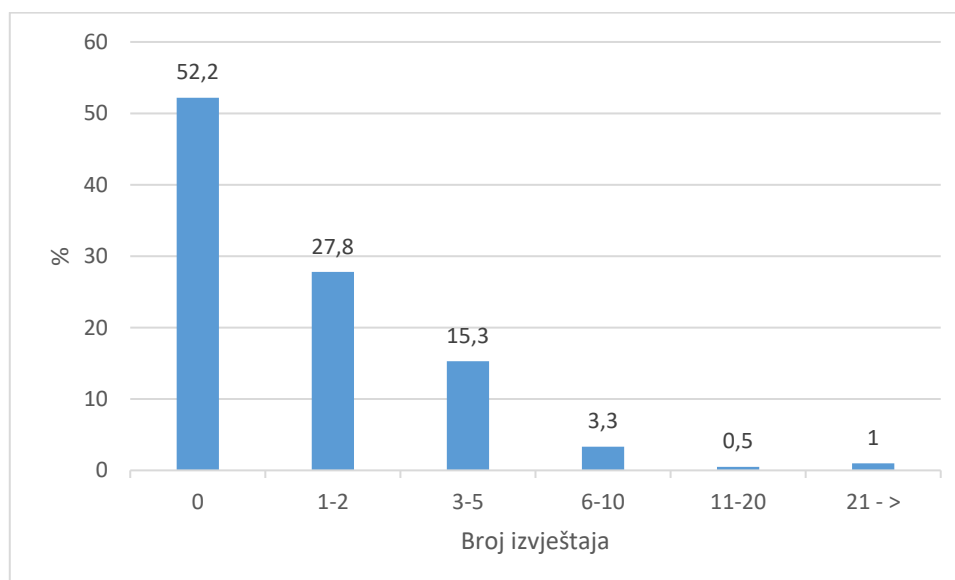
Grafikon 3.7.1.5. Raspodjela sudionika prema satima rada/tjedan u ustanovi (%), izvor: autor V.V.

Više od 95% sudionika istraživanja je raspoređeno na radnom mjestu medicinske sestre/tehničara, odnosno više medicinske sestre u ustanovama (tablica 3.7.1.4.).

Radno mjesto	Broj sudionika	Postotni udio (%)
Medicinska sestra/tehničar, viša medicinska sestra	199	95,2
Liječnik	1	0,5
Drugi zdravstveni djelatnici	9	4,3
Ukupno	209	100

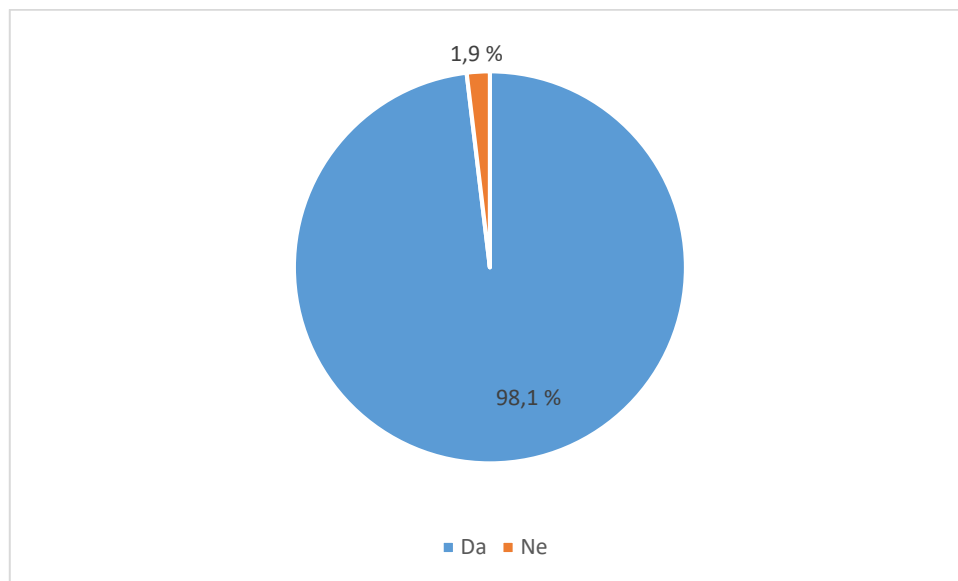
Tablica 3.7.1.4. Raspodjela sudionika prema poziciji u ustanovi (%), izvor: autor V.V.

Kao što se moglo i očekivati, vrlo velik broj sudionika (52,25%) nije prijavio niti jedan nepoželjan događaj u posljednjih godinu dana (grafikon 3.7.1.6.). Malo manje od polovice anketiranih, njih 43.1% prijavilo je od 1-5 neželjenih događaja kroz godinu, dok je svega 4.8% njih prijavilo 6 i više događaja.



Grafikon 3.7.1.6. Raspodjela sudionika prema broju izvještaja o nepoželjnim događajima u ustanovi (%), izvor: autor V.V.

Vezano na pitanje o trenutnom rasporedu na određenom radnom mjestu u ustanovi (tablica 3.7.1.4.) sama raspodjela je u pozitivnoj korelaciji u odgovoru na pitanje i neposrednog kontakta sa bolesnicima. Više od 98.1% sudionika je u svakodnevnom neposrednom kontaktu sa bolesnicima u određenoj zdravstvenoj ustanovi (grafikon 3.7.1.7.).



Grafikon 3.7.1.7. Raspodjela sudionika prema neposrednom kontaktu s bolesnicima u ustanovi (%), izvor: autor V.V.

3.7.2. Pitanja iz upitnika

Iz analize (tablica 3.7.2.1.) odgovora sudionika vidljivo je da postoji određeno „pozitivno“ iskustvo u zdravstvenim ustanovama a koje se odnosi na odnos između djelatnika kao i odnos prema bolesniku i njegovoj sigurnosti. Slabije ocijenjena je svjesnost situacije u kojoj se govori o tome da sami djelatnici koji su u direktnom kontaktu sa bolesnicima apeliraju na „kronični“ nedostatak osoblja kao i činjenica da prvi nadređeni opetovano zanemaruje probleme koji se javljaju vezano uz sigurnost bolesnika.

Opisna statistika	\bar{x}	Sd
Kada treba puno posla obaviti u kratko vrijeme zajedno radimo kao tim da bi se posao dovršio	3,81	1,051
Mi aktivno poduzimamo mjere za poboljšanje sigurnosti bolesnika	3,81	0,93
Osoblje slobodno upozorava ako uoči nešto što može imati negativan učinak na liječenje bolesnika	3,70	1,079
Naši postupci i organizacija rada dobro preveniraju pogreške	3,59	0,972
Nikada ne žrtvujemo sigurnost bolesnika da bi napravili više posla	3,53	1,079
Informirani smo o pogreškama koje se dogode na odjelu	3,50	1,161
Na ovom odjelu raspravljamo o načinima kako spriječiti ponavljanje pogrešaka	3,45	1,18
Osoblje na ovom odjelu radi dulje no što je poželjno s gledišta sigurnosti bolesnika	3,44	1,069
Na tom odjelu zaposlenici podupiru jedni druge	3,44	1,023
Moj supervizor/rukovoditelj uzima u obzir prijedloge osoblja za poboljšanje sigurnosti bolesnika	3,39	1,189
Na ovom odjelu ljudi poštuju jedni druge	3,33	1,048
Radimo po "kriznom modelu" nastojeći učiniti što više, što brže	3,31	1,039
Moj supervizor/rukovoditelj izražava pohvalu kada je posao obavljen prema usvojenim principima sigurnosti bolesnika	3,25	1,292
Kada dio odjela bude zatrpan poslom, ostali priskoče u pomoć	3,23	1,199
Nakon što uvedemo promjene da bi poboljšali sigurnost bolesnika, vršimo procjenu učinkovitosti	3,21	0,92
Bolnički odjeli ne surađuju najbolje međusobno	3,21	1,019
Bolnički odjeli dobro zajedno surađuju da bi bolesnicima pružili najbolju skrb	3,21	1,097
Čini se da se bolnički menadžment interesira za sigurnost bolesnika samo nakon što se neželjeni događaj dogodio	3,20	1,151
Kada se dogodi pogreška koja može naškoditi bolesniku, ali nije naškodila, koliko često to prijavite	3,19	1,304

Bolnički menadžment stvara klimu koja promovira sigurnost bolesnika	3,15	1,062
Osoblje se boji da će pogreške koje su im se dogodile ostati zabilježene u njihovom dosjeu	3,11	1,132
Osoblje osjeća da se njihove greške usmjeravaju protiv njih	3,05	1,136
Kada se prijavi neželjeni događaj, osjeća se kao da je ukazano na osobu, a ne na problem	3,04	1,176
Prava je slučajnost da se ovdje ne događaju puno ozbiljnije pogreške	2,96	1,263
Kada se dogodi pogreška, ali bude uočena i ispravljena prije no što naštetiti bolesniku, koliko često to prijavite	2,94	1,352
Ovdje pogreške dovode do pozitivnih promjena	2,89	1,059
Dobra je suradnja među bolničkim odjelima koji trebaju raditi zajedno	2,89	1,02
Kada se dogodi pogreška, ali nema potencijal štetnih posljedica za bolesnika, koliko često to prijavite	2,83	1,33
Dosta toga se izgubi prilikom premještanja bolesnika s jednog odjela na drugi	2,81	1,079
Osoblje se osjeća slobodnim preispitivati odluke ili postupke pretpostavljenih	2,77	1,15
Problemi uvijek nastanu pri razmjeni informacija između bolničkih odjela	2,75	0,978
Dobivamo povratnu informaciju o promjenama uvedenim na osnovi prijava neželjenih događaja	2,74	1,181
Važni podaci o liječenju bolesnika često se izgube prilikom primopredaje službe	2,71	1,077
Često je neugodno raditi s osobljem s drugih bolničkih odjela	2,70	1,109
Promjene smjena su za bolničke bolesnike problematične	2,69	1,026
Osoblje se boji postavljati pitanja kad im se čini da nešto nije u redu	2,66	1,281

U slučaju povećane količine posla moj supervizor/rukovoditelj traži od nas da radimo brže, čak i po cijenu rada na prečac	2,62	1,266
Imamo dovoljno osoblja za obavljanje radnih zadataka	2,56	1,078
Aktivnosti bolničkog menadžmenta pokazuju da je sigurnost bolesnika vrhunski problem	2,48	1,024
Koristimo više osoblja za povremenu ispomoć nego je potrebno za pružanje najbolje njege	2,41	1,044
Na ovom odjelu imamo problema sa sigurnošću bolesnika	2,34	1,103
Moj supervizor/rukovoditelj zanemaruje probleme sigurnosti bolesnika koji se opetovano ponavljaju	2,30	1,251
Ocijenite prosječnu razinu sigurnosti bolesnika na svom radnom mjestu/odjelu	2,28	0,81

Tablica 3.7.2.1. Osnovni statistički pokazatelji (\bar{x} - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija), izvor: autor V.V.

Analizirajući rezultate vezano uz sigurnost bolesnika, posebno se ističu odgovori na pitanja direktne odnosno neposredne odgovornosti pojedinca spram sigurnosti bolesnika. Pri tome prednjače vrijednosti vezane uz pitanja: *Kada treba puno posla obaviti u kratko vrijeme zajedno radimo kao tim da bi se posao dovršio* (\bar{x} -3.81); *Mi aktivno poduzimamo mjere za poboljšanje sigurnosti bolesnika* (\bar{x} -3.81); *Osoblje slobodno upozorava ako uoči nešto što može imati negativan učinak na liječenje bolesnika* (\bar{x} -3.70); *Naši postupci i organizacija rada dobro preveniraju pogreške* (\bar{x} -3.59). Ovi ponuđeni odgovori govore u prilog činjenici da zdravstveni djelatnici vode brigu o sigurnosti bolesnika ali isto tako nastoje biti „pri ruci“ svojim kolegama/icama. Isto tako čitav taj set pitanja vezan uz sigurnost, pokazuje (tablica 3.7.2.1.) kako se je najveći broj sudionika definirao kao odgovornim u sustavu brige sigurnosti bolesnika, ali u isto vrijeme ovi rezultati mogu biti indirektni pokazatelji motiviranosti zdravstvenih djelatnika, budući da zasigurno i motivacija doprinosi brizi oko sigurnosti kako pojedinca tako i sustava u cijelosti.

Kao lošija strana kulture sigurnosti bolesnika može se iščitati iz vrijednosti koja su vezana uz slijedeća pitanja: *Problemi uvijek nastanu pri razmjeni*

informacija između bolničkih odjela (\bar{x} - 2.75); Osoblje se boji postavljati pitanja kad im se čini da nešto nije u redu (\bar{x} - 2.66); U slučaju povećane količine posla moj supervizor/rukovoditelj traži od nas da radimo brže, čak i po cijenu rada na prečac (\bar{x} - 2.62); Moj supervizor/rukovoditelj zanemaruje probleme sigurnosti bolesnika koji se opetovano ponavljaju (\bar{x} - 2.30). Ova pitanja i odgovori mogu skrenuti pozornost na aktivnosti koje je moguće provesti „odmah“ u zdravstvenim ustanovama u svrhu bolje sigurnosti bolesnika.

3.7.3. Testiranje hipoteza

H1 – ne postoje razlike u ocjenama sigurnosti bolesnika kod zdravstvenih djelatnika

Provedenim testom, uz razinu signifikantnosti od 5% ($p = ,03$) odbacuje se **H1** hipoteza i prihvaća suprotna, odnosno, da postoje statistički značajne razlike u ocjenama sigurnosti bolesnika od strane zdravstvenih djelatnika. Pri tome je omjer odgovora “odlično/vrlo dobro“ naspram „prihvatljivo i lošije“ u odnosu 60,29 : 39,71.

Dakle, može se zaključiti da većina sudionika ocjenjuje sigurnost bolesnika kao vrlo visoku odnosno odličnu, čime hipoteza koja govori o ne postojanju razlika o ocjeni sigurnosti bolesnika **nije potvrđena**.

H2 – godine radnog staža zdravstvenih djelatnika ne utječu na ocjenu sigurnosti bolesnika

Provedenim testom dobiveni su rezultati koji ukazuju kako godine radnog staža ne utječu na ocjenu sigurnosti bolesnika ($p = ,05$). Time **je potvrđena druga hipoteza**. Iz opaženih vrijednosti vidi se da sudionici s manje godina radnog staža nešto češće daju ocjene odličan/vrlo dobar.

H3 – stupanj obrazovanja zdravstvenih djelatnika ne utječe na ocjenu sigurnosti bolesnika

Kad se gledaju postotci postoji određena pravilnost. Kako raste stupanj obrazovanja, lošije su ocijene sigurnosti bolesnika.

Uz testiranu razinu signifikantnosti od 5% može se odbaciti **H3** hipoteza i prihvatiti slijedeća, da postoji povezanost između testiranih varijabli odnosno da se s povećanjem stupnja obrazovanja smanjuje ocjena sigurnosti bolesnika ($p < 0,05$), čime hipoteza **nije potvrđena**.

3.8. Rasprava

Na osnovu provedenog istraživanja, promatrana populacija je većinom ženskog spola (90%), duljinom radnog staža većom od 6 godina i više (73%), srednje (30%) ili više stručne spreme koja je u apsolutnoj većini (98%) u neposrednom kontaktu s bolesnicima u ustanovi.

U ovom istraživanju, odnos spola i starosne dobi dodatno potvrđuje činjenicu da je puno više ženskih osoba, srednjih dobnih kategorija koje su najzastupljenije, aktivno u zdravstvenom sustavu. Kao posebnost potrebno je naglasiti da su sudionici istraživanja „preopterećeni“ radnim satima u tjednu i da se u djelomičnom obliku (48%) pojavljuju pisani izvještaji o nepoželjnim događajima u zdravstvenim ustanovama.

Razlog tome može se pripisati velikom nedostatku zdravstvenog osoblja. Isto tako novi zaposlenici koji dolaze trebaju duži vremenski period da nauče posao i da mogu samostalno i odgovorno raditi. S druge strane zdravstveni djelatnici iskustveno govoreći boje se prijavljivati neželjeni događaj. Smatraju to osobnim porazom i neuspjehom. Boje se osude i stigmatizacije te neugodnih sankcija [31].

Rezultati istraživanja provedenog u Kliničkom bolničkom centru Osijek na uzorku od 100 sudionika pokazuju da visoko obrazovane medicinske sestre/tehničari i prvostupnici sestrištva češće prijavljuju neželjene događaje (45,9%) te da rade duže kako bi pružili bolesniku kvalitetniju skrb (61,7%). Također medicinske sestre/tehničari slažu se da nemaju dovoljno osoblja za rad, što je vidljivo i u ovom istraživanju a samo 50 % sudionika slaže se s tvrdnjom da je sustav dobar u sprečavanju neželjenih događaja. Dok većina sudionika (74,2%) osjeća prijavu neželjenog događaja kao osobni neuspjeh, a ne prijavu događaja kao poteškoću u radu [31].

Kao i u ranije spomenutim i provedenim istraživanjima, Šklebar je 2011. godine proveo slično istraživanje, pritom koristeći isti HSOPSC upitnik razvijen u okviru Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) kao i u ovom radu. Cilj rada bio je ispitati kulturu bolesnikove sigurnosti u Republici Hrvatskoj na uzorku triju bolnica te usporedbom izmjerenih vrijednosti s rezultatima za američke bolnice utvrditi parametre bitne u izgradnji cjelovitog sustava bolesnikove sigurnosti u kulturološkom okruženju zdravstvenog sustava tranzicijskog društva [32]. U istraživanju je sudjelovalo 676 sudionika te su dobiveni rezultati uspoređeni s rezultatima istih kategorija u uzorku sudionika iz 885 američkih bolnica. Dobiveni rezultati statistički se razlikuju u svih dvanaest kategorija kulture bolesnikove sigurnosti. Samo je u dvije kategorije razlika pozitivna, dok je u ostalih deset kategorija razlika negativna. Negativne razlike odnose se na: *ne kažnjavajući pristup neželjenom događaju, učestalost prijavljivanja neželjenih događaja, komunikacijska otvorenost, timski rad unutar odjela, pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenom događaju, podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost i popunjenost osobljem*. Dok su pozitivne razlike smještene u kategoriju *primopredaja službe i premještaji* i te u kategoriju *opća percepcija bolesnikove sigurnosti* [32]. Također istraživanje je pokazalo koliko je zapravo kultura bolesnikove sigurnosti slabije zastupljena među hrvatskim zdravstvenim djelatnicima nego što je to slučaj s američkim kolegama. Uspjeh se krije u uspostavi i poboljšanju sustava bolesnikove sigurnosti pri čemu treba staviti naglasak na ne kažnjavajući pristup prilikom neželjenih događaja,

važnost timskog rada, zdrave i otvorene komunikacije, dovoljnog broja zdravstvenih djelatnika, dobar menadžment [32].

U praksi postoje i nedostaci vezani uz nesiguran i lako dostupan informacijski sustav. Nedostaci se vežu uz mogućnost ulaska u povijest bolesti bolesnika svakom zdravstvenom djelatniku neovisno o tome leže li bolesnici na matičnom odjelu ili se nalaze izvan matičnog odijela, bolnice, klinike, zavoda. Isto tako prisutna je i nemogućnost pregleda nalaza (dostupnost samo nekih), neograničena mogućnost ažuriranja podataka do otpusta bolesnika iz ustanove, te izrazito loš obračun potrošnog materijala. Potrebno je ugraditi program koji onemogućuje korekcije nakon što se podaci jednom unesu, odnosno nemogućnost promjene onih podataka koji su već jednom evidentirani pod određenim datum i vrijeme [33].

Problem se javlja kod zaposlenika u motivaciji, novim saznanjima i izazovima koje predstavlja informatički sustav. Danas se od medicinske sestre/tehničara očekuje da sve postupke koje je provela unese u decursus, što je s jedne strane dobro, jer na taj način štiti sebe i bolesnika, dok s druge strane zbog velikog opsega posla to baš nije tako jednostavno [33].

Od velike važnosti u skrbi za bolesnika je i kvalitetna komunikacija unutar tima, ali i šire. Dobra motivacija, komunikacija, bolji uvjeti rada i edukacija presudni su za uspjeh određenog odjela ali i zadovoljstvo krajnjih korisnika a to su u ovom slučaju bolesnici. Bilo bi dobro kada bi sestre menadžeri uvele protokole o ispunjavanju BIS-a za svaki odjel individualno. Različiti su prioriteti u jedinicama intenzivne skrbi naspram hladnih odjela te bi ih na taj način trebalo i dokumentirati. Poanta je u tome da se prilagodi praktični dio sestrinskog posla koji je dominantan sa informatičkim dijelom [33].

U novije doba IT tehnologija sve više napreduje i usredotočuje se na zaštitu podatka koja je vrlo bitna u zdravstvenom sustavu kada je u pitanju sigurnost i zaštita podataka o bolesniku. Znanstveni krugovi sve više spominju implementaciju *Blockchain* tehnologije u zdravstveni sustav. Ideja je da zdravstveni podaci pohranjeni u *Blockchainu* omoguće bolesnicima zaštitu

njihovih strukturiranih podatka. Na taj način baze podataka sa zdravstvenim zapisima bolesnika bile bi sigurne, jednom uneseni podaci ne bi se mogli izmijeniti, a sami bolesnici imali bi mogućnost pristupa svojim elektroničkim zdravstvenim zapisima te bi se omogućio pristup trećoj osobi samo ako bi to željeli. Na taj način smanjilo bi se nošenje velikog broja papirnate dokumentacije sa različitim povijestima bolesti, dijagnostičkim pretragama kada se traže određene konzultacije sa drugim medicinskim stručnjacima. Time se omogućuje lakši pristup medicinskim informacijama o samom bolesniku neovisno o ustanovi i vremenu u kojoj je prvobitno pružana zdravstvena usluga. Bolesnici se na taj način uključuju u upravljanje vlastitim zdravstvenim podacima te su prisiljeni voditi veću brigu o vlastitom zdravlju [34]. Indirektno na taj način bolesnik sam utječe na svoju sigurnost.

Pozivajući se ponovno na Brborović i njezin rad o prezentizmu (pojavi kad djelatnici dođu na posao, no ne rade ga na odgovarajući način, već je smanjena produktivnost i sama kvaliteta rada) i apsentizmu (svako izostajanje s posla), može se vidjeti kako su ta dva pojma suprotnog značenja no uvelike imaju sličan i negativan utjecaj na poslovna postignuća. Problem apsentizma i prezentizma leži u tome što zdravstveni djelatnici ne samo da koriste zdravstvenu zaštitu, oni je i pružaju, iz tog razloga na kulturu sigurnosti bolesnika i kvalitetu zdravstvene zaštite uvelike utječe i zdravstveno stanje zaposlenika [35].

Pojava prezentizma i apsentizma kod zdravstvenih djelatnika potencijalno može dovesti do smanjenja kvalitete rada i kvalitetnog pružanja zdravstvene skrbi te samim time povećati troškove u zdravstvenom sustavu [35]. Stoga u zdravstvenom sustavu vrlo je važno imati kvalitetno i produktivno zdravstveno osoblje, jer je ono od presudne važnosti u pružanju kvalitetne zdravstvene zaštite i skrbi [35].

U posljednjih nekoliko mjeseci zdravstveni sustav suočio se s dodatnim problemom a to je pandemijska pojava virusa SARS-CoV-2. Uz postojeće probleme zdravstveni djelatnici dodatno su se morali prilagoditi novonastaloj

situaciji i samim time dodatno povećati fond sati. Pojavio se osjećaj nesigurnosti i straha. Pojavom pandemije uzrokovane virusom SARS-CoV-2, sestrinski timovi morali su se drastično i u najkraćem roku transformirati. Medicinske sestre/tehničari spremno su prihvatili izazov, neke uloge bile su im nametnute, no oni su brzo naučili dodatne vještine kako bi što kvalitetnije i sigurnije pružali zdravstvenu njegu bolesnicima pozitivnim na SARS- CoV-2.

Postoje brojna istraživanja koja se bave sigurnošću i kvalitetom u zdravstvenom sustavu. Isto tako o toj temi u Hrvatskoj više se govori iz aspekta akreditacijskih standarda ili preporuka Europske unije. Na sreću, danas postoje nastavni planovi o sigurnosti bolesnika te su oni sastavni dio preddiplomskih i diplomskih programa studija sestrinstva [36].

U zdravstveni sustav važno je uključiti medicinske sestre – menadžere koje razvijaju politiku kvalitete zdravstvene njege, temeljenu na protokolima i kliničkim smjernicama. Shodno tome upravljanje kvalitetom zdravstvene njege treba uključiti strategiju otkrivanja i sprečavanja pogrešaka primjenom Demingova kruga. Deming smatra da je zdravstveni sustav ispunjen propustima, no za propuste ne krivi zdravstvene djelatnike već smatra da je potrebno imati izvrsno vodstvo. Podizanje kvalitete zdravstvene skrbi predstavlja izazov za medicinske sestre menadžere jer je zdravstvena njega odraz pristupa najboljem ishodu zdravlja bolesnika. Usluge u zdravstvenim ustanovama s toga moraju biti učinkovite i djelotvorne [37].

U Republici Hrvatskoj, ali i u svijetu medicinske sestre/tehničari predstavljaju nezamjenjiv dio zdravstvenog sustava. Svojim uslugama značajno utječu na njega. Iz tog razloga potrebno je unaprijediti njihovu djelatnost i upravljanje kvalitetom zdravstvene njege. Kvalitetnom zdravstvenom njegom postiže se ukupna kvaliteta liječenja što dovodi do sigurnijeg liječenja. Posljedično tome ostvaruju se povoljniji zdravstveni ishodi te se na taj način smanjuju troškovi liječenja za pojedinca njegovu obitelj, ustanovu, a na kraju i društvo. Upravo iz tog razloga važno je podizanje svijesti medicinskih sestara/tehničara o važnosti prikupljanja podataka, prijavi

neželjenih događaja, praćenje i analizi trendova, raspravi na kolegijima i stručnim sastancima. Važno je uvoditi promjene koje su nužne za poboljšanje i napredak u zdravstvenoj skrbi, pritom objasniti zaposlenicima svrhu tih promjena. Radi što kvalitetnijeg i sigurnijeg rada medicinska sestra/tehničar dužna je voditi odgovarajuću sestrinsku dokumentaciju, koja je sastavni dio medicinske dokumentacije. Sestrinska dokumentacija dokazuje da je sestrinska struka itekako svjesna problema vezanih uz sigurnost bolesnika. Ona je primjer dobre prakse na području unapređenja bolesnikove sigurnosti, ali i da je sestrinska praksa spremna poboljšati tu sigurnost [37].

Obrazovanje zdravstvenih djelatnika u neprekidnom je razvoju. Studenti imaju sve više prilika da svoje znanje primjene u kliničkom radu. Pravilnom edukacijom zdravstvenih i ne zdravstvenih djelatnika, bolesnika može se utjecati na sigurnost bolesnika u cjelovitom sustavu zdravstvene zaštite. Analizirajući sadašnju situaciju potrebno je pronaći nedostatke te ih ukloniti na adekvatan način, pritom vodeći se mjerama dobre prakse, ali i zakonskim odredbama za kvalitetu u zdravstvenom sustavu i u sustavu obrazovanja [38] Medicinska sestra svojom strateškom pozicijom ima mogućnost unapređenja kulture sigurnosti bolesnika unutar zdravstvenog sustava. Svojim znanjem i edukacijom pridonosi kvaliteti zdravstvene skrbi pritom koristeći sestrinske intervencije i protokole za sigurnost [39].

Esejist i novinar James Gleick izrekao je rečenicu: “ *Ako zamah leptirovih krila može uznemiriti zrak u Pekingu, mogao bi izazvati oluju u New Yorku* “. Ovom metaforom zapravo se želi reći koliko jedan mali pomak, naizgled beznačajan može promijeniti slijed događaja. Intencija ovog rada je poticanje pozitivnih stavova i promjena vezanih uz sigurnost i kvalitetu rada u okvirima zdravstvenog sustava. Osim toga, ovim radom želi se potaknuti zdravstvene djelatnike na pro aktivno razmišljanje o sigurnosti bolesnika u zdravstvenom sustavu.

4. Zaključak

Temelji kvalitetnog zdravstvenog sustava trebali bi se graditi na sigurnosti bolesnika. Zdravstveni sustav je područje izrazito visokog rizika. Određeni neželjeni događaji mogu izazvati smrt, ozbiljna oštećenja, komplikacije i patnje bolesnika. Sigurnost bolesnika je iz tih razloga jedno od glavnih pitanja u kreiranju zdravstvene politike ne samo na području Hrvatske, nego i u Europi i svijetu.

Mogućnost nastajanja neželjenih događaja moguća je u svakom segmentu pružanja zdravstvene skrbi. Za dobro posložene sustave osiguranja i poboljšanje kvalitete nisu dovoljni samo zakonski regulirani standardi, već je važno da zdravstveni profesionalci uz stručne kompetencije i razvijene vještine posjeduju i kvalitetno teorijsko znanje o sigurnosti bolesnika.

Analizirajući rezultate na promatranoj populaciji pokazalo se kako sudionici vode brigu o sigurnosti bolesnika. Većina sudionika ocjenjuje sigurnost bolesnika kao vrlo visoku, odnosno odličnu. Iako se pretpostavljalo da će i demografska obilježja imati značajan utjecaj na ocjenu sigurnosti bolesnika u zdravstvenim ustanovama, rezultati pokazuju da godine radnog staža ne utječu na ocjenu sigurnosti bolesnika.

Većina sudionika ocjenjuje sigurnost bolesnika kao vrlo visoku odnosno odličnu, te je konstatirano da se s povećanjem stupnja obrazovanja smanjuje ocjena sigurnosti bolesnika. Rezultati govore u prilog tome da postoji određena svijenost samih zdravstvenih djelatnika koji vode brigu o sigurnosti bolesnika. Ovaj rezultat je pomalo i očekivan s obzirom na slične rezultate brojnih istraživanja koja su se bavila sličnom tematikom.

Zdravstveni sustav se i dalje bori s nedostatkom osoblja te iz tog razloga vrlo velik udio sudionika radi više od 40 sati tjedno, osoblje još uvijek nije dovoljno educirano i boji se prijavljivati neželjene događaje, smatrajući da će

za isti biti kažnjeni. Kao jedan od zaključaka kojega svi više-manje znamo s obzirom na manjak zdravstvenih djelatnika i vremena bilo bi dobro kada bi se pojednostavili programi koji se odnose na odabir dijagnoza i provođenja intervencija. Idealno bi bilo kada bi svaki odjel imao sestrinske dijagnoze i intervencije prilagođene individualno odnosno karakteristične baš za taj odjel.

Sigurnost bolesnika u zdravstvenim ustanova iziskuje stalno usavršavanje sustava i osoblja. Ključ uspjeha leži u spoznaji da se kvaliteta pružane zdravstvene zaštite očituje na kvaliteti bolesnikove sigurnosti.

Medicinske sestre kroz proces zdravstvene njege najviše borave uz bolesnike. Svojim kontinuiranim ulaganjem u znanje, razvijanjem potrebnih vještina, kvalitetnom komunikacijom i savjesnim radom svakodnevno pridonose sigurnosti u zdravstvenom sustavu, iako njihova kvaliteta, požrtvornost i rad nisu vrednovani i prepoznati u punom opsegu. Medicinske sestre uključene su u svaki segment bolesnikovog života bilo da se radi o početku života ili samom kraju, stoga temelj njihovog djelovanja je građenje odnosa punog međusobnog povjerenja. Odnosa koji je usmjeren na pomoć pojedincu bolesnom ili zdravom te kojemu su sigurnost i kvaliteta jedan od važnijih ciljeva.

Samo malim pomakom u zdravstvu sustavu zasigurno će se i sigurnost bolesnika podići na višu razinu. Za to nije potrebno ništa drugo osim malo dobre volje.

5. Literatura

- [1] Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, <http://aaz.hr/sigurnost>, dostupno 25.08.2020.
- [2] Ministarstvo zdravstva, Nacionalni program za sigurnost pacijenata 2019.-2023, Zagreb, travanj, 2019.
- [3] Čukljek, S.: Sigurnost pacijenta u suvremenoj zdravstvenoj njezi, Zbornik radova konferencije medicinskih sestara „Sestrinstvo, sigurnost i prava pacijenata“ Zagreb, 2006., str. 7-10
- [4] Borg, T.: Veliki su koraci poduzeti u području sigurnosti pacijenta, no pred nama je još dug put, https://ec.europa.eu/health/newsletter/137/focus_newsletter_hr.htm, dostupno 26.08.2020.
- [5] Capan, K.: Stres kod zdravstvenih radnika u izvanbolničkim i bolničkim uvjetima, Završni rad, Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija, 2017.
- [6] Čerfalvi, V., Benceković, Ž., Fumić Dunkić, L.: Procjena sigurnosti bolesnika na primjerima stope standardizirane bolničke smrtnosti, Acta Med Croatica, 2017., br. 71, str. 121-125
- [7] Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine broj 100/18, 125/19
- [8] Štimac, D., Ivakić, T.: Kako ocjenjujemo i nagrađujemo kvalitetu? Zbornik sveučilišta Libertas, 2019., br. 4, str. 265-271
- [9] Kang, G., James, J.: Service quality dimensions: an examination of Grönroos's service quality model, Managing Service Quality: An International Journal, 2004., Vol. 14 No. 4, pp. 266-277
- [10] Ovreteit, J.: An introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Science, Oxford, 1992.
- [11] Eldar, R.: Vrsnoća medicinske skrbi. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb; 2003.

- [12] Žabica, S., Lazibat, T., Dužević, I.: Implementacija sustava upravljanja kvalitetom na različitim razinama zdravstvene djelatnosti, Poslovna izvrsnost - Business Excellence, 2014., Vol. 8, br. 1, str. 9-23.
- [13] Ramez, W. S.: Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain, International Journal of Business And Social Science, 2012., Vol. 3 No. 18, pp. 131-141.
- [14] Kodate, N.: Events, Public Discourses and Responsive Government: Quality Assurance in Health Care in England, Sweden and Japan, Journal of Public Policy, 2010., Vol. 30, No.3, pp.263-289
- [15] Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje: Kvaliteta i sigurnost zdravstvene zaštite, <https://www.hzzo.hr/nacionalna-kontaktna-tockan-ncp/zdravstveno-osiguranje-u-republici-hrvatskoj/kvaliteta-i-sigurnost-zdravstvene-zastite>, dostupno 15.09.2020.
- [16] Ostojić, R., Bilas V., Franc S.: Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske, Poslovna izvrsnost - Business Excellence, 2012., Vol. 6, br. 2, str. 109-125
- [17] Hrvatsko društvo za sigurnost pacijenata: <https://hdsp.hr/hdsp/>, dostupno 01.09.2020.
- [18] Medicinske sestre su ogledalo bolnice: „Pacijentima smo mjerilo sigurnosti i kvalitete:<https://www.medico.hr/novosti/medicinske-sestre-su-ogledalo-bolnice-pacijentima-smo-mjerilo-sigurnosti-i-kvalitete/>, dostupno 01.09.2020.
- [19] Medicina temeljena na dokazima:<http://mi.medri.hr/assets/PDPL%20MEDRI%20SPEC%20medicina%20utemeljena%20na%20dokazima.pdf>, dostupno 02.09.2020.
- [20] Trzun Šanje, B.: Karakterne osobine, etička pitanja i svakodnevni rad medicinskih sestara, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2018.
- [21] Beštak, D.: Sigurnost djece u bolnici – indikator kvalitete zdravstvene njege, Hrvatska proljetna pedijatrijska škola, XXXIII. Seminar, 2016., str. 109-114

- [22] Kunaviktikul, W., Anders, R., Chontawan, R., Nuntasupawat, R., Srisuphan, W., Pumarporn, O., Hanuchareonkul, S., Hirunnuj, S.: Development of indicators to assess the quality of nursing care in Thailand. *Nurs Health Sci.* 2005; 7 (4): 273-80.
- [23] Šklebar, I.: Osobitosti kulture bolesnikove sigurnosti u općoj bolnici Bjelovar i bolnicama sličnih karakteristika; *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, 2015, br. 9, str. 47-67
- [24] Mesarić, J., Kaić Rak, A.: Bolesnikova sigurnost, bolesnik u središtu i programi Svjetske zdravstvene organizacije, *Medix - Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 2010, Vol. 16., br. 86., str. 111-114
- [25] Brborić, H.: Prezentizam i apsentizam zdravstvenih djelatnika i kultura sigurnosti bolesnika; *Disertacija, Medicinski fakultet, Zagreb*, 2015.
- [26] Center for Disease Control and Prevention:
<https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/default.html>, dostupno 05.09.2020.
- [27] Radošević Vidaček, B.: Stres na poslu, *Medix - Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 2002., Vol. 8, br. 44, str. 96-99
- [28] de Lima Garcia, C., de Abreu, L., Souza Ramos, L., Dibai de Castro, C., Neves Smiderle, FB., Dos Santos, JA., Pinheiro Bezerra, IM.: Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis, 2019., 30;55(9):553.
- [29] Salyers, PM., Bonfils, KA., Luther, L., Firmin, RF., White, DA., Adams, EL., Rollins, AL.: The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis 2017, 32(4):475-482.
- [30] Tepšić, M.: Važnost istraživanja i prakse utemeljene na dokazima za sigurnost bolesnika i kvalitetu zdravstvene njege, *Zdravstveni glasnik*, 2019., Vol. 5, br. 2, str 95-101
- [31] Hodak, J.: Mišljenja medicinskih sestara/tehničara o neželjenim događajima tijekom procesa sestrinske skrbi u KBC-Osijek, *Diplomski rad, Osijek*, 2016.

- [32] Doktorske promocije: Ivan, Š.: <https://apps.unizg.hr/doktorske-promocije/arhiva/8761?filtered=1&all=1&page=274>, dostupno 13.09.2020.
- [33] Poje, I., Braović, M.: Bolnički informacijski sustav - prednosti i nedostaci u radu, Bilten Hrvatskog društva za medicinsku informatiku, 2019., Vol. 25, br.1, str. 20-28
- [34] Radanović, I. Likić, R.: Mogućnosti upotrebe blockchain tehnologije u medicine, Bilten Hrvatskog društva za medicinsku informatiku, 2019., Vol. 25, br. 1, str. 30-40
- [35] Brborović, H., Mustajbegović, J.: Prezentizam i asentizam zdravstvenih djelatnika; Sigurnost - časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini, 2014., Vol. 56, br. 1, str. 23-30
- [36] Rimac, B., Vičić Hudorović, V.: Utjecaj obrazovanja zdravstvenih djelatnika na sigurnost pacijenata, Sestrinski glasnik, 2013., Vol. 18, br.1, str. 44-47
- [37] Kljajić, M.: Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi, Diplomski rad, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2017.
- [38] Lončarić, I.: Sigurnost bolesnika – standard u obrazovanju za kvalitetu u zdravstvu, Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti, 2018., Vol. 4, br. 1, str. 109-113
- [39] Cikač, T., Novak, V., Neuberg, M. & Canjuga, I.: Sigurnost pacijenta - globalni problem zdravstvene zaštite, 9. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved, Slovenija, 2019., br.93, str. 7

Popis grafikona

Grafikon 3.7.1.1. Raspodjela sudionika prema spolu, izvor: autor V.V.....	19
Grafikon 3.7.1.2. Raspodjela sudionika prema primarnom mjestu rada ili odjela, izvor: autor V.V.....	20
Grafikon 3.7.1.3. Raspodjela sudionika prema stručnoj spremi (%), izvor: autor V.V.....	21
Grafikon 3.7.1.4. Raspodjela sudionika prema srednjoškolskom obrazovanju (%), izvor: autor V.V.....	22
Grafikon 3.7.1.5. Raspodjela sudionika prema satima rada/tjedan u ustanovi (%), izvor: autor V.V.....	23
Grafikon 3.7.1.6. Raspodjela sudionika prema broju izvještaja o nepoželjnim događajima u ustanovi (%), izvor: autor V.V.....	24
Grafikon 3.7.1.7. Raspodjela sudionika prema neposrednom kontaktu s bolesnicima u ustanovi (%), izvor: autor V.V.....	25

Popis tablica

Tablica 3.7.1.1. Distribucija sudionika prema starosnoj strukturi, izvor: autor V.V.....	20
Tablica 3.7.1.2. Raspodjela sudionika prema dužini rada u trenutnoj ustanovi (%), izvor: autor V.V.....	22
Tablica 3.7.1.3. Raspodjela sudionika prema dužini rada u svom trenutnom zvanju/specijalizaciji (%), izvor: autor V.V.....	23
Tablica 3.7.1.4. Raspodjela sudionika prema poziciji u ustanovi (%), izvor: autor V.V.....	24
Tablica 3.7.2.1. Osnovni statistički pokazatelji (\bar{x} - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija), izvor: autor V.V.....	26

Prilog 1.

Anketni upitnik

Anketa o kulturi sigurnosti pacijenata u bolnici

(Izvor, AHRQ, prijevod na hrvatski, Ivan Šklebar, tajnik HD-za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, HLZ)

UPUTE

Ova anketa ispituje vaše stavove oko sigurnosti pacijenata, pogreškama u liječenju te izvještavanju o neželjenim događajima u vašoj bolnici. Za ispunjavanje će vam trebati 10-15 minuta.

- **“Neželjeni događaj”** definira se kao bilo koji tip pogreške, incidenta ili otklona bez obzira je li ili nije rezultirao oštećenjem kod pacijenta.
- **“Sigurnost pacijenata”** definira se kao izbjegavanje i sprečavanje oštećenja ili neželjenih događaja proizašlih iz procesa zdravstvene skrbi

ODJELJAK A: Vaše mjesto rada/odjel

Koje je vaše primarno mjesto rada ili odjel u bolnici? Označiti samo jedan krug kao odgovor.

a. Više različitih odjela/ni jedan posebno

b. Medicinski (ne-kirurški)

c. Kirurški

d. Obstetricija

e. Pedijatrija

f. Hitni prijem

g. Intenziva njega

h. Psihijatrija/mentalno zdravlje

i. Rehabilitacija

j. Farmacija

k. Laboratorij

l. Radiologija

m. Anestheziologija

n. Drugo, navesti točno:

Molimo da iskazete svoje slaganje ili neslaganje sa slijedećim navodima o vašem radnom mjestu/odjelu. Odgovorite označavanjem jednog kružića.

	Izričito se ne slažem	Ne slažem se	Ni jedno	Slažem se	Izričito se slažem
Odnosi se na vaše radno mjesto/odjel u bolnici...					
1. Na tom odjelu zaposlenici podupiru jedni druge	①	②	③	④	⑤
2. Imamo dovoljno osoblja za obavljanje radnih zadaća	①	②	③	④	⑤
3. Kada treba puno posla obaviti u kratko vrijeme zajedno radimo kao tim da bi se posao dovršio.....	①	②	③	④	⑤
4. Na ovom odjelu ljudi poštuju jedni druge	①	②	③	④	⑤
5. Osoblje na ovom odjelu radi dulje no što je poželjno s gledišta sigurnosti pacijenata	①	②	③	④	⑤
6. Mi aktivno poduzimamo mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata.....	①	②	③	④	⑤
7. Koristimo više osoblja za povremenu ispomoć nego je potrebno za pružanje najbolje njege	①	②	③	④	⑤
8. Osoblje osjeća da se njihove greške usmjeravaju protiv njih	①	②	③	④	⑤
9. Ovdje pogreške dovode do pozitivnih promjena	①	②	③	④	⑤
10. Prava je slučajnost da se ovdje ne događaju puno ozbiljnije pogreške	①	②	③	④	⑤
11. Kada dio odjela bude zatrpan poslom, ostali priskoče u pomoć ...	①	②	③	④	⑤
12. Kada se prijavi neželjeni događaj, osjeća se kao da je ukazano na osobu, a ne na problem	①	②	③	④	⑤

ODJELJAK A: Vaše mjesto rada/odjel (nastavak)

Odnosi se na vaše radno mjesto/odjel u bolnici...	Izričito se ne slažem	Ne slažem se	Ni jedno	Slažem se	Izričito se slažem
13. Nakon što uvedemo promjene da bi poboljšali sigurnost pacijenata, vršimo procjenu učinkovitosti	①	②	③	④	⑤
14. Radimo po "kriznom modelu" nastojeći učiniti što više, što brže ..	①	②	③	④	⑤
15. Nikada ne žrtvujemo sigurnost pacijenata da bi napravili više posla	①	②	③	④	⑤
16. Osoblje se boji da će pogreške koje su im se dogodile ostati zabilježene u njihovom dosjeu	①	②	③	④	⑤
17. Na ovom odjelu imamo problema sa sigurnošću pacijenata	①	②	③	④	⑤
18. Naši postupci i organizacija rada dobro preveniraju pogreške	①	②	③	④	⑤

ODJELJAK B: Vaš supervizor/rukovoditelj

Molimo da iskažete svoje slaganje ili neslaganje sa slijedećim navodima o vašem neposrednom supervizoru/rukovoditelju ili osobi kojoj ste direktno odgovorni.

	Izričito se ne slažem	Ne slažem se	Ni jedno	Slažem se	Izričito se slažem
1. Moj supervizor/rukovoditelj izražava pohvalu kada je posao obavljen prema usvojenim principima sigurnosti pacijenata	①	②	③	④	⑤
2. Moj supervizor/rukovoditelj uzima u obzir prijedloge osoblja za poboljšanje sigurnosti pacijenata	①	②	③	④	⑤
3. U slučaju povećane količine posla moj supervizor/rukovoditelj traži od nas da radimo brže, čak i po cijenu rada na prečac	①	②	③	④	⑤
4. Moj supervizor/rukovoditelj zanemaruje probleme sigurnosti pacijenata koji se opetovano ponavljaju	①	②	③	④	⑤

ODJELJAK C: Komunikacije

Koliko često se slijedeće stvari dešavaju u vašem radnom okruženju/odjelu?

Odnosi se na vaše radno mjesto/odjel...	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
1. Dobivamo povratnu informaciju o promjenama uvedenim na osnovi prijava neželjenih događaja	①	②	③	④	⑤
2. Osoblje slobodno upozorava ako uoči nešto što može imati negativan učinak na liječenje pacijenta	①	②	③	④	⑤
3. Informirani smo o pogreškama koje se dogode na odjelu	①	②	③	④	⑤
4. Osoblje se osjeća slobodnim preispitivati odluke ili postupke pretpostavljenih	①	②	③	④	⑤
5. Na ovom odjelu raspravljamo o načinima kako spriječiti ponavljanje pogrešaka	①	②	③	④	⑤
6. Osoblje se boji postavljati pitanja kad im se čini da nešto nije u redu	①	②	③	④	⑤

ODJELJAK D: Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja

Koliko često šaljete prijavu kada se na vašem radnom mjestu/odjelu dogode slijedeće pogreške?

	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
1. Kada se dogodi pogreška, ali bude <i>uočena i ispravljena prije no što naštetiti pacijentu</i> , koliko često to prijavite?.....	①	②	③	④	⑤
2. Kada se dogodi pogreška, ali <i>nema potencijal štetnih posljedica za pacijenta</i> , koliko često to prijavite?.....	①	②	③	④	⑤
3. Kada se dogodi pogreška koja <i>može naškoditi pacijentu</i> , ali nije naškodila, koliko često to prijavite?.....	①	②	③	④	⑤

ODJELJAK E: Razina sigurnosti pacijenata

Ocijenite prosječnu razinu sigurnosti pacijenata na svom radnom mjestu/odjelu. Označiti samo jedno.

- A** Odlična
 B Vrlo dobra
 C Prihvatljiva
 D Loša
 E Nikakva

ODJELJAK F: Vaša bolnica

Označite svoje slaganje ili neslaganje sa slijedećim navodima o vašoj bolnici.

	Izričito se ne slažem	Ne slažem se	Ni jedno	Slažem se	Izričito se slažem
Odnosi se na vašu bolnicu...					
1. Bolnički management stvara klimu koja promovira sigurnost pacijenata.....	①	②	③	④	⑤
2. Bolnički odjeli ne surađuju najbolje međusobno	①	②	③	④	⑤
3. Dosta toga se izgubi prilikom premještanja pacijenta s jednog odjela na drugi.....	①	②	③	④	⑤
4. Dobra je suradnja među bolničkim odjelima koji trebaju raditi zajedno	①	②	③	④	⑤
5. Važni podaci o liječenju pacijenata često se izgube prilikom primopredaje službe	①	②	③	④	⑤
6. Često je neugodno raditi s osobljem sa drugih bolničkih odjela ...	①	②	③	④	⑤
7. Problemi uvijek nastanu pri razmjeni informacija između bolničkih odjela.....	①	②	③	④	⑤
8. Aktivnosti bolničkog managementa pokazuju da je sigurnost pacijenata vrhunski prioritet.	①	②	③	④	⑤
9. Čini se da se bolnički management interesira za sigurnost pacijenata samo nakon što se neželjeni događaj dogodio.	①	②	③	④	⑤
10. Bolnički odjeli dobro zajedno surađuju da bi pacijentima pružili najbolju skrb	①	②	③	④	⑤
11. Promjene smjena su za bolničke pacijente problematične	①	②	③	④	⑤

ODJELJAK G: Broj izvještaja o neželjenom događaju

U posljednjih 12 mjeseci, koliko si izvještaja o neželjenom događaju ispunio I poslao?

- a. Niti jedan
 d. 6 do 10 izvještaja
 b. 1 do 2 izvještaja
 e. 11 do 20 izvještaja
 c. 3 do 5 izvještaja
 f. 21 izvještaj ili više

ODJELJAK H: Osobni podaci

Ovi podaci mogu biti korisni u analizi rezultata ankete.

1. Koliko dugo radite u ovoj bolnici?
 a. Manje od 1 godine d. 11 do 15 godina
 b. 1 do 5 godina e. 16 do 20 godina
 c. 6 do 10 godina f. 21 godina ili više
2. Koliko dugo radite na svom trenutnom radnom mjestu/odjelu?
 a. Manje od 1 godine d. 11 do 15 godina
 b. 1 do 5 godina e. 16 do 20 godina
 c. 6 do 10 godina f. 21 godina ili više
3. Koliko obično sati tjedno radite u ovoj bolnici?
 a. manje od 20 sati tjedno d. 60 do 79 sati tjedno
 b. 20 do 39 sati tjedno e. 80 do 99 sati tjedno
 c. 40 do 59 sati tjedno f. 100 sati tjedno ili više
4. Koja je vaša pozicija u ovoj bolnici?
 a. Sestra/tehničar, vms m. Nezdravstveno osoblje
 f. Liječnik specijalist, specijalizant, sekundarac n. Drugo, navedite:
 g. Drugi zdravstveni djelatnici
5. Jeste li na svom poslu u neposrednom kontaktu s pacijentima?
 a. DA
 b. NE
6. Koliko dugo radite u svom trenutnom zvanju/specijalizaciji?
 a. Manje od 1 godine d. 11 do 15 godina
 b. 1 do 5 godina e. 16 do 20 godina
 c. 6 do 10 godina f. 21 godina ili više

ODJELJAK I: Vaši komentari

Slobodno upišite bilo kakav komentar o sigurnosti pacijenata, pogreškama ili prijavi neželjenih događaja u svojoj bolnici.

ZAHVALJUJEMO NA ISPUNJAVANJU ANKETE.

Prilog 2.

Izjava

UNIVERSITY
OF NORTH
DACOTA

Sveučilište
Sjever

F

SVEUČILIŠTE
SIEVER

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, VALENTINA VINCEK pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada pod naslovom SIGURNOST BOLESNIKA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:
(VALENTINA VINCEK)

(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, VALENTINA VINCEK neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom diplomskog rada pod naslovom SIGURNOST BOLESNIKA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU čija sam autorica.

Student/ica:
VALENTINA VINCEK

(vlastoručni potpis)