

Kvaliteta usluge pružanja zdravstvene njege u kući

Brlek, Antonija

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:330087>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-12**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 382/TGL/2018

Kvaliteta usluge pružanja zdravstvene njege u kući

Antonija Brlek, 0357/336

Varaždin, srpanj 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za tehničku i gospodarsku logistiku		
PRISTUPNIK	ANTONIJA BRLEK	MATIČNI BROJ	0357/336
DATUM	20.5.2018.	KOLEGIJ	Upravljanje kvalitetom, okolišem i sigurnošću
NASLOV RADA	KVALITETA USLUGE PRUŽANJA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	QUALITY SERVICE SUPPLY OF HEALTHY COSTS IN THE HOUSE		
MENTOR	dr. sc. Živko Kondić	ZVANJE	redoviti profesor
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. prof. dr.sc. Vinko Višnjčić, predsjednik		
	2. prof.dr.sc. Živko Kondić, mentor		
	3. Veljko Kondić, mag.ing.mech, član		
	4. izv. prof. dr.sc. Krešimir Buntak, zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	382/TGL/2018
OPIS	U zadatku je potrebno: - U uvodnom dijelu rada potrebno je detaljnije opisati povjesni razvoj zdravstvene njege u kući. Zatim definirati pojam zdravstvene njege u kući, organizaciju rada i navesti osnovne postupke zdravstvene njege u kući. - U drugome dijelu završnog rada potrebno je opisati postupke upravljanja kvalitetom zdravstvene njege u kući kroz detaljniji prikaz standarda izvrsnosti i prikaz indikatora kvalitete. - Nakon sagledavanja prva dva pitanja potrebno je dati prijedloge za poboljšavanje kvalitete zdravstvene njege u kući. - Ukratko se osvrnuti na kvalitetu života općenito ali s posebnim osvrtom na kvalitetu života starijih i nemoćnih osoba. - U zaključku rada potrebno se kritički osvrnuti na završni rad.

ZADATAK URUČEN

09.07.2018



POTPIS MENTORA



Sveučilište Sjever

Tehnička i gospodarska logistika

Završni rad br. 382/TGL/2018

Kvaliteta usluge pružanja zdravstvene njege u kući

Student

Antonija Brlek, 0357/336

Mentor

Prof. dr. sc. Živko Kondić

Varaždin, srpanj 2018. godine

Predgovor

Zahvaljujem mentoru prof. dr. sc. Živku Kondiću koji me svojim znanjem, iskustvom i dobrotom pratio i motivirao tijekom pisanja završnog rada. Želim zahvaliti svojim klijentima - osobama starije životne dobi koji su sudjelovali u radu kako bi im kvaliteta pružanja ovog vida usluge pomogla proživjeti što ljepše dane na obostrano zadovoljstvo.

Zahvaljujem kolegicama iz medicinske struke na pomoći, posebno koordinatorici palijativne skrbi Varaždinske županije Nataši Dumbović, bacc.med.techn. te svojoj obitelji na podršci tijekom cijelog školovanja.

Sažetak

Potreba za njegom bolesnih, siromašnih i napuštenih osoba postojala je već od davnih dana, od prapovijesti ljudskog roda. Gledajući upravo kroz povijest, srž zdravstvene njege je upravo skrb za nemoćne te se i danas temelji na ljudskosti, suosjećanju i ljubavi. Svaka osoba koja pruža zdravstvenu njegu u kući mora imati moralne vrijednosti i držati se najnovijih smjernica.

Kroz završni rad proći ćemo kroz povijest razvoja zdravstvene njege u kući u Hrvatskoj, organizaciju rada u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući, upravljanje kvalitetom zdravstvene njege, indikatorima kvalitete, prijedlozima za poboljšanje kvalitete zdravstvene njege u kući, uvođenjem e-NJEGE, upravljanje vremenom koje uključuje kvalitetu života, edukaciju i rehabilitaciju korisnika usluge zdravstvene njege u kući.

Ključne riječi: zdravstvena njega u kući, kvaliteta života, kvaliteta usluge, ljudski resursi, upravljanje vremenom starijih osoba.

Sadržaj

<u>1.</u>	Uvod.....	1
<u>2.</u>	Povijest razvoja zdravstvene njege u kući	2
2.1.	Definicija zdravstvene njege u kući	3
2.2.	Organizacija rada.....	3
2.3.	Osnovni postupci zdravstvene njege	4
<u>3.</u>	Upravljanje kvalitetom zdravstvene njege u kući	5
3.1.	Kvaliteta zdravstvene njege u kući – standard izvrsnosti.....	5
3.2.	Indikatori kvalitete u zdravstvenoj njezi u kući	6
<u>4.</u>	Prijedlozi za poboljšanje kvalitete zdravstvene njege u kući.....	8
4.1.	Informatizacija, cilj i opis sustava e-zdravstvene njege	8
4.2.	Upravljanje ljudskim resursima	10
<u>4.2.1.</u>	Analiza potrebne usluge	10
<u>4.2.2.</u>	Analiza pružatelja usluge.....	11
<u>4.2.3.</u>	Motivacija.....	11
<u>4.3.</u>	Dostupnost usluge zdravstvene njege u kući.....	12
<u>4.3.1.</u>	Funkcionalna zdravstvena skrb	14
<u>4.3.2.</u>	Strateško planiranje na određenom području	15
5.	Kvaliteta života	16
5.1.	Edukativno rehabilitacijski centar	16
5.2.	Ostali socijalni resursi na području Varaždinske županije.....	18
5.2.1	Tonka, obrt za posredovanje i pomoć u domaćinstvu	18
5.2.2.	Udruge – neprofitne organizacije	18
5.2.3.	Crveni križ – Gerentodomaćice	19
5.2.4.	Posudionica pomagala –Srce Novi Marof	20
6.	Zaključak.....	21
7.	Literatura.....	22
8.	Popis slika	24

1. Uvod

Potreba za njegom bolesnih, siromašnih i napuštenih osoba postojala je već od davnih dana, od prapovijesti ljudskog roda. Gledajući upravo kroz povijest, srž zdravstvene njege je upravo skrb za nemoćne te se i danas temelji na ljudskosti, suosjećanju i ljubavi. Svaka osoba koja pruža zdravstvenu njegu u kući mora imati moralne vrijednosti i držati se najnovijih smjernica.

Danas je produžetak životne dobi, promjena stila života, ubrzan ritam života, promjena socijalnog i ekonomskog stanja stanovništva uzrokovalo veliki porast kroničnih i malignih bolesti pa je sve više potrebe za pružanjem cjelovite, organizirane i integrirane skrbi za nemoćne i oboljele. Kako se sve veći broj bolesnika nakon liječenja u bolnicama vraća kući, pojavilo se pitanje tko će i kako nastaviti skrb o osnovnim ljudskim potrebama u kući.

Vrijeme je pokazalo da je model pružanja usluge njege u kući jedan od najboljih oblika pružanja skrbi predstavljajući integrirani, multi sektorski pristup kojem u centru mora biti pacijent kao i izvrsnost u pružanju zdravstvene kućne njege.

Pružanje zdravstvene njege u kući osnova je očuvanju autonomije i dostojanstva primatelja usluge. Prema preporukama *Europskog udruženja za palijativnu skrb* najvažnija je komponenta pružanje usluge na mjestu kojem to zahtjeva primatelj usluge, a to je najčešće njegova kuća. Primatelji usluge odnosno bolesnici bi sami trebali odlučivati gdje žele primiti uslugu sve do kada to ne ugrožava njihov život. Jedna grana medicine gdje je zdravstvena njega u kući jedna od važnih karika je palijativna skrb. Palijativna skrb zagovara dostojanstvo i autonomiju pacijenata i njihove obitelji te je budućnost pružanja zdravstvene skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite, tj. u kući bolesnika.

Rastući broj dokaza iz populacijskih istraživanja i istraživanja pacijenata pokazuje da bi većina pacijenata oboljelih od raka radije umrla u svojoj kući. Studije su otkrile da oko 75% ispitanika želi posljednju fazu svog života proživjeti u svom domu. Samim time je izazov poboljšanja kvalitete i kontinuiteta pružanja zdravstvene njege u kući sve veći.

2. Povijest razvoja zdravstvene njege u kući

U 21.stoljeću zdravstvena njega starijih i nemoćnih osoba te posebna skrb u kućama postala je zlatni standard u svim razvijenim društvima. Produžetak životne dobi, promjena stila života, ubrzan ritam života, promjene ekonomskog i socijalnog stanja uzrok su porasta kroničnih bolesti (kardiovaskularnih, neuroloških i malignih bolesti). Zbog velikih troškova liječenja u bolnicama analize su pokazale da je model stvaranja zdravstvene njege u kući jedan od najboljih oblika pružanja pomoći oboljelom nakon dolaska kući.

Prije 19.stoljeća nisu postojale ustanove za bolesne i nemoćne nego su ovisili o statusu u društvu i financijskim sredstvima. Neki su negovani u krugu obitelji dok su siromašni i bolesni završavali u ubožnicama među mentalno oboljelima, beskućnicima i ovisnicima.

Početak 19.stoljeća su se počele osnivati ustanove za njegu, na inicijativu crkve, udruge žena i udruge udovica. Prva ustanova osnovana je 1850.g. u Bostonu kako bi se kvalitetno brinulo o pojedincima ovisno o etničkoj ili vjerskoj pripadnosti. Naziv je imala „Bostonski dom za starije žene“ (Bostons Home for Aged Women) pod motom „one su kost naših kosti i tijelo našeg tijela“. Temeljni uvjet za ulazak je bio „dobar karakter“, ali je zahtjeva za prijem bilo jako malo pa su mnoge ubožnice pretvarane u domove za starije i nemoćne.

U tridesetim godinama prošlog stoljeća počela se javljati potreba za humanijim pristupima skrbi prema starijima i bolesnima. Krenulo se u osnivanje manjih pansiona koji su bili jeftiniji i pristupačniji većini osoba sa dostatnim mirovinama, ugodniji za boravak i uživanje u privatnosti.

Nadalje, početkom 70-tih godina počela je ozbiljnija skrb za kvalitetu života u ustanovama te su iste podijeljene na ustanove za zdravstvenu njegu/samo njegu, ustanove za njegu bolesnika u terminalnom stadiju bolesti/palijativnu skrb.

Desetljećem se proučavalo, eksperimentiralo te na koncu krenulo u obnavljanje zdravstvene njege u kući zbog željenije i jeftinije alternative od bolnica i ustanova. Briga za kronične bolesnike kod kuće je i dalje obiteljska odgovornost.

Vrijeme je pokazalo da je za oporavak bolesnika i kvalitetu života nakon dolaska iz bolnice važan kontinuitet skrbi kod bolesnika. Unutar sustava i novog pristupa zdravstvena njega u kući je postala važna komponenta za nastavak brige za bolesne i nemoćne.

Zdravstvena njega u kući, promatrana kao centar izvrsnosti, svojim korisnicima mora pružati kontinuiranu i integriranu skrb bilo kroz prevenciju komplikacija kod kroničnih bolesti, očuvanje kvalitete života nakon dolaska kući iz bolnice ili provođenje kvalitetne njege u terminalnim stanjima.

Prednosti pružanja usluge zdravstvene njege u kući su: ne prekida se proces skrbi, njega se obavlja u poznatom okruženju, povećava se osjećaj sigurnosti i zadovoljstva korisnika usluga, njegu prate i članovi obitelji, pristup holistički i individualan.

Prva *Služba za njegu bolesnika* u Republici Hrvatskoj utemeljena je 1958.g.

Od 1965.g. Služba je djelovala kao samostalna jedinica pri Crvenom križu. *Centar za njegu bolesnika s liječenjem u kući* kao samostalna ustanova osnovana je 1975.g. Centar je zapošljavao liječnike, medicinske sestre, fizioterapeute, njegovateljice i domaćice. Usluge njege u kući provodile su se kroz djelovanje Centra sve do 1990.g. u skladu sa zakonskim propisima.

Prva privatna zdravstvena njega i rehabilitacija u kući u Republici Hrvatskoj osnovana je 1991.g. pod nazivom „Dubravka Lekić – Njega i liječenje bolesnika“ koja i danas djeluje na području Varaždinske županije.

Na području Varaždinske županije prema podacima *Hrvatskog zavoda za osiguranje* djeluju tri zdravstvene njege u kući i to *Ustanova za zdravstvenu njegu Lekić*, *Ustanova za zdravstvenu njegu Kancijan* i *Ustanova za zdravstvenu njegu Mendek*. [1]

2.1. Definicija zdravstvene njege u kući

Zdravstvena njega u kući predstavlja nastavak u neprekinutom lancu skrbi uz dodatna znanja, vještine i iskustva te uz suradnju cijelog tima. Njegovatelj/ica uspostavlja interakciju s bolesnom osobom i članovima obitelji i pruža im pomoć sve dok im je potrebna. [1]

2.2. Organizacija rada

U dogovoru s timom i bolesnikom udovoljava se objektivnim zahtjevima i željama te osigurava veza sa zdravstvenim ustanovama.

Svaka osoba koja pruža zdravstvenu njegu u kući ima jasan cilj:

- poticati bolesnika na što veću samostalnost u zadovoljavanju osnovnih potreba
- očuvati i unaprijediti kvalitetu života oboljelog u što većoj mjeri.

Na zdravstvenu njegu u kući imaju pravo osobe na osnovu slijedećih stanja:

- nepokretnosti ili teške pokretnosti
- kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacija
- prolaznih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje
- nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane
- kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti.

Zdravstvena njega bolesnika u kući provodi se u svrhu poboljšanja zdravstvenog stanja oboljelog i sprečavanja njegovog pogoršanja.

Ostvarivanje prava na zdravstvenu njegu u kući *Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje* utvrdilo je novim *Pravilnikom o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja*. [1]

2.3. Osnovni postupci zdravstvene njege

Osnovni dijagnostičko terapijski postupci zdravstvene njege su:

- DTP 1 – minimalna zdravstvena njega bolesnika (uzimanje materijala za laboratorijske i mikrobiološke pretrage, mjerenje krvnog tlaka i šećera u krvi, toaleta)
- DTP 2 – pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama (DTP 1 + provjera vitalnih znakova, prijetoj rana prvog i drugog stupnja, sonda)
- DTP 3 – opsežna zdravstvena njega bolesnika (DTP 1 i DTP 2 + previjanje rana trećeg stupnja i primjena terapije kisikom)
- DTP 4 – zdravstvena njega bolesnika u terminalnoj fazi bolesti (DTP 1, DTP 2, i DTP 3, te prijetoj rana četvrtog stupnja)

Dodatni dijagnostičko terapijski postupci zdravstvene njege su:

- DTP 5 – primjena klizme
- DTP 6 – toaleta i prijetoj rana prvog i drugog stupnja (dekubitus i ulkusi)
- DTP 7 – toaleta i prijetoj rana trećeg i četvrtog stupnja
- DTP 8 – postavljanje i promjena nazogastrične sonde [1]

3. Upravljanje kvalitetom zdravstvene njege u kući

Da bi se kvaliteta neke usluge mogla mjeriti važno je postaviti standarde koje je potrebno redovito pratiti i nastojati nedostatke poboljšati. U Republici Hrvatskoj postoje standardizirani indikatori kvalitete zdravstvene njege u kući s ciljem praćenja i unapređenja pružene usluge.[1]

3.1. Kvaliteta zdravstvene njege u kući – standard izvrsnosti

Pod pojmom kvalitete zdravstvene njege u kući podrazumijeva se planiranje, provođenje i evaluacija zdravstvene njege temeljena na standardima izvrsnosti, zadovoljstvu korisnika usluga i osoba koji je provode. Kvaliteta usluga može se postići primjerenim obrazovanjem i kvalitetnim doprinosom samom pristupu rada na terenu. Osoba koja provodi zdravstvenu njegu odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege u svim okruženjima u svrhu promicanja zdravlja, prevencije bolesti, skrbi za bolesne i rehabilitaciju.

Jedan od novih standarda upravljanja kvalitetom jest poštovanje i pridržavanje svih kriterija definiranih smjernicama.

Standardne operativne procedure/SOP ili smjernice sadržavaju detaljne upute za provođenje određenog postupka, potreban materijal te broj i strukturu osoblja koje sudjeluje u provođenju postupka.

Udruga zdravstvene njege u kući i *Hrvatska komora medicinskih sestara* 2009.g. izradila je *Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi u kući*.

Osnovni cilj primjene smjernica je:

- praćenje
- mjerenje
- unapređenje razine kvalitete usluge.

Osoba koja je zadužena za zdravstvenu njegu u kući može tijekom svojeg rada prikupljati podatke, analizirati podatke, procjenjivati stanje bolesnika, postavljati određene dijagnoze, odabirati prioritet, izrađivati plan rada i postavljati ciljeve.

Planiranje i provođenje zdravstvene njege u kući mora biti zasnovano na poštovanju profesionalne etike i poštovanju prava bolesnika.

Kao novi aspekti u upravljanju kvalitetom zdravstvene njege uvode se i metode poboljšanja kvalitete koje mogu biti:

- unutarnje (razgovor, pregled, smjernice – protokoli)
- vanjske (akreditacija i certifikacija). [1]

3.2. Indikatori kvalitete u zdravstvenoj njezi u kući

U Republici Hrvatskoj postoje registrirane *Agencije za kvalitetu i akreditaciju* čiji je cilj uspostava kvalitete prema ISO sustavu ISO 9001:2015 – najrašireniji je međunarodni prihvaćeni standard.

Ključni pokazatelji uspješnosti provedenih usluga zdravstvene njege bolesnika u kući su indikatori kvalitete. Indikatori su mjerljivi i broježani pokazatelji kvalitete zdravstvene njege i služe za unapređenje poslovanja te podizanje sigurnosti bolesnika – krajnjeg korisnika usluga.

Indikatori kvalitete usluge u kući su:

- primjena dokumentacije
- zadovoljstvo bolesnika provedenom kućnom njegom
- zadovoljstvo osobe koja provodi kućnu njegu
- omjer izvršenih i naplaćenih usluga zdravstvene njege u kući
- integritet kože
- broj venskih ulkusa
- padovi bolesnika u kući
- infekcije rana
- praćenje pritužbi/prigovora i pohvala.

Ustanove za zdravstvenu njegu u kući uvidjele su važnost korištenja indikatora kvalitete u svakodnevnom radu. U istraživanju se primjenjuju standardizirane ankete, upitnici i retrospektivne studije. Ako se u nekim slučajevima pokažu značajna odstupanja od zadane vrijednosti indikatora koji se istražuje tada treba utvrditi zbog čega je došlo do odstupanja.

Mora se napraviti analiza cjelokupnog procesa i kroz Demingov procesni krug kvalitete, koji prikazuje krug kvalitete procesa zdravstvene njege. Primjena indikatora kvalitete jest u njenom praćenju i poduzimanju korektivnih radnji nakon utvrđenih odstupanja. Kvaliteta se postiže timskim radom bez kojeg ne bi postojala zdravstvena njega u kući.

Kvaliteta zdravstvene njege uključuje:

- zdravstvenu njegu s najmanjim mogućim odstupanjem od predviđenih indikatora
- kontinuirano praćenje i poboljšanje
- usmjerenost prema bolesniku.

Zašto je kvaliteta važna?

Postoje tri glavne dobrobiti primjene programa kvalitete:

- učinkovitost i efikasnost
- osiguravanje oruđa u zdravstvenom sustavu i olakšavanje inovacija u pružanju njege
- organizacijski i interdisciplinarni napredak u pružanju njege.

Kvalitetu u zdravstvenoj njezi je teško mjeriti zbog toga što zadire u fizičke, intelektualne, emocionalne, duhovne i socijalne aspekte ljudskog života.[1]



Slika 1. PDCA – Demingov krug

[<https://www.slideshare.net/kathairo/alat-za-procenu-zadovoljstva-kupca-kano-model-21761191>]

4. Prijedlozi za poboljšanje kvalitete zdravstvene njege u kući

Svim pružateljima usluge važna je stalna analiza kvalitete pružanja usluge, zadovoljstvo primatelja usluge te neprestana ulaganja u poboljšanje iste. Napretkom tehnologije važna je informatizacija koja dovodi do međusobnog povezivanja dionika pružanja skrbi. Ulaganje u kvalitetu rada, uvođenje inovacija i novih znanja zaposlenika u cilju poboljšanja kvalitete.

4.1. Informatizacija, cilj i opis sustava e-zdravstvene njege

Kvaliteta usluga zdravstvene njege nemoguća je bez uvođenja informatizacije dokumentacije. Informatizacija dokumentacije jest nastavak uvođenja tehnologije u zdravstvu i dokumentiranja kućne njege.

Informatizacija se uvodi s ciljem smanjenja napora i vremena koji se ulažu u dokumentiranje, povećanje kvalitete dokumentiranja, povećanja kvalitete pružene skrbi i poboljšanje komunikacije unutar tima. Time smanjujemo pogreške, poboljšavamo standarde usluge i povećavamo produktivnost u radu.

Danas u Republici Hrvatskoj istaknuta je potreba za centraliziranim informatičkim sustavom. Centralizirani informatički sustav nazvan CEZIH primjenjuje se u velikom opsegu. Nakon uvođenja u bolničke sustave, uvodi se i u primarnu zdravstvenu zaštitu. Osnova za bazu podataka dijela informatike, osobe koja obavlja uslugu njege u kući, je lista pružanja usluge. Entitet promatranja u zdravstvenoj njezi jest bolesnik, a obilježja entiteta su ime, prezime, spol, datum rođenja, adresa bolesnika te njegova kategorija. Vrijednost atributa je činjenica koja ga opisuje i zove se podatak. Ako su podaci kvantitativni označavaju se brojem, a kvalitativni se izražavaju riječima.

Za uvođenje e-dokumentacije u informatički zdravstveni sustav potrebna je priprema. Sustav treba ustrojiti i uključiti sve osobe koje sudjeluju u brizi za bolesne i dio su tima. Iznimno je važna uspostava računalne infrastrukture, opremanje računalnom opremom i edukacija.

Formirati treba stručne timove koji će planirati, organizirati i kontrolirati primjenu informatizacije zdravstvene njege. Da bi e-dokumentacija bila kompletna svi elektronski zapisi moraju biti povezani.

Cilj uvođenja sustava e-NJEGE je standardizacija zdravstvene njege kroz primjenu dokumentacije istih postupaka i dijagnoza te izvještavanje drugih nadležnih ustanova. Time povećavamo kvalitetu zdravstvene njege u kući.

Sustav je baziran na najmodernijim tehnologijama koje se koriste u informatici, a to su programska rješenja po principu „software as service“ (program kao usluga), korištenje pristupa podacima koji se nalaz u „oblaku“ te korištenje svih uređaja od klasičnih i prijenosnih računala, pa sve do tableta i mobilnih uređaja.

Podaci korisnika nalaze se na licenciranom web poslužitelju koji održava autor sustava. Korisnik sustava pristupa svojim podacima sa bilo kojeg računala ili mobilnog telefona. Sigurnost podataka garantira korištenje SSL protokola koji zahtijeva potvrđivanje certifikata za korištenje sustava i dodatnu enkripciju podataka kako ne bi došlo do neovlaštenog pristupa. Iako se sustav e-NJEGA može koristiti samostalno, puna se iskoristivost postiže integracijom sa informacijskim sustavima.

Ovakva se praksa pokazala izuzetno učinkovitom na primjeru CEZIH-a kao najvećeg i najkompleksnijeg informacijskog sustava u zdravstvu.

Sustav se sastoji od sljedećih funkcionalnih cjelina:

1. POČETNA (oglasna ploča za internu komunikaciju, komunikacija sa djelatnicima razvoja, korisnička podrška)
2. BOLESNICI (unos i ažuriranje podataka o bolesnicima, popis bolesnika prema različitim kriterijima)
3. NJEGA (vođenje kompletne dokumentacije prema načelu vrste njege koju bolesnik prima)
4. PLANOVI (vođenje planova zdravstvene njege izrada hodograma za djelatnike na terenu, planer termina za izvršenje planova zdravstvene njege)
5. HZZO (vođenje svih aspekata poslovanja prema HZZO-u)
6. POSLOVANJE (vođenje svih komercijalnih aspekata poslovanja zdravstvene ustanove)
7. IZVJEŠTAVANJE (sve vrste izvještaja prema navedenim funkcionalnostima)
8. AKREDITACIJA
praćenje svih potrebnih dokumenata, procedura i indikatora za akreditaciju zdravstvene ustanove
9. ARHIVA (vođenje digitalne arhive dokumenata zdravstvene ustanove) [1]

4.2. Upravljanje ljudskim resursima

Pružatelj zdravstvene njege u kući ovisi o pružatelju skrbi i njegovoj kvaliteti pružanja usluge. Stjecanjem znanja kroz osnovno školovanje nije dovoljno za pružanje skrbi u kući te je uloga poslodavca da ulaže u svoje ljudske resurse u svrhu poboljšanja kvalitete usluge. Upravljanje ljudskim resursima je temelj kvalitetne i kontinuirane skrbi. Dobro rukovođenje, tj. nadziranje i koordiniranje rada ljudi u zdravstvenoj njezi u kući temelj je upravljanja ljudskim resursima.

Kako bi ostvarili maksimum u upravljanju ljudskim potencijalima potrebno je imati organizacijsku jedinicu za ljudske potencijale koja izrađuje metodologiju rada, pribavlja i analizira rad zaposlenih te predlaže dobru raspodjelu i sistematizaciju rada uvođenjem informatičkih rješenja. Rastuća potreba za pronalaskom dobre radne snage, ulaganjem u edukaciju zaposlenika, vođenje brige oko kvalitete i kvantitete njihovog rada na terenu čini stup uspješne zdravstvene njege u kući primatelja usluge.

Ljudski resursi moraju imati veliko znanje za obavljanje aktivnosti, mjeriti njihove inovativne kvalitete, intelektualni, biološki i fiziološki potencijal bez čega se ne može odvijati proces rada. [2]

4.2.1. Analiza potrebne usluge

Danas stalno obrazovanje postaje jedan od najvažnijih oblika upravljanja i razvoja ljudskih potencijala. Menadžment sve više shvaća da su stalno obrazovanje i usavršavanje zaposlenih jedan od najefikasnijih načina ostvarenja konkurentске prednosti i temeljna pretpostavka ulaska u tržišnu utakmicu te nadmetanje s konkurencijom za naklonost i povjerenje korisnika usluge. Znanje postaje temeljni kapital i poluga razvoja zdravstvene njege u kući.

Analiza potrebe primatelja zdravstvene njege važan je izvor informacija za obavljanje gotovo svih zadataka iz područja menadžmenta ljudskih potencijala pa tako i utvrđivanje potreba, sadržaja i programa obrazovanja. Analiza potreba ne uključuje se samo utvrđivanjem zadataka koji se obavljaju i standarda radne uspješnosti nego i zahtjeva koje posao postavlja izvršitelju. Kroz nju se definiraju potrebna znanja, vještine, sposobnosti i druge individualne karakteristike potrebne za uspješno obavljanje posla.[3]

4.2.2. Analiza pružatelja usluge

Obrazovanje je proces kojim se osiguravaju potrebna individualna znanja i vještine stoga individualna analiza čini najvažniju kariku u procesu određivanja obrazovnih potreba. Dok organizacijska analiza daje opći okvir određujući ukupne potrebe i smjer obrazovanja, a analiza poslova pokazuje koja su znanja i vještine potrebni za uspješno obavljanje poslova. Analiza pojedinca, odnosno analiza izvršitelja posla, daje odgovor na pitanje tko treba obrazovanje. Također, ona daje i precizniji odgovor koja znanja i vještine trebaju biti predmetom usavršavanja i obrazovanja. Temelj za utvrđivanje individualni obrazovnih potreba je analiza sukladnosti potrebnih vještina i znanja za uspješno obavljanje posla te stvarnih vještina i znanja koje ima izvršitelj usluge.

Temeljni pokazatelj potrebe obrazovanja na individualnoj razini su problemi uspješnosti u obavljanju posla i ne udovoljavanje izvršitelja postavljenim standardima (niži učinak, problemi kvalitete, neostvarivan je postavljenih ciljeva, itd.). Međutim, problem uspješnosti u obavljanju posla može imati razne razloge, a jedan od njih je nedostatak potrebnih vještina i znanja koji se može otkloniti obrazovanjem. Potrebe za obrazovanjem i treningom javljaju se napretkom medicine, novim metodama rada i kompleksnosti zdravstvenog stanja primatelja usluge.[3]

4.2.3. Motivacija

Upravljanje ljudskim potencijalima odnosno vođenje i motivacija predstavljaju jednu od najznačajnijih disciplina koja sve više dobiva na značaju posljednjih godina. Jedan od ključnih stratejskih zadataka upravitelja ljudskim potencijalima danas postaje uspješno upravljanje ljudskim potencijalima i u kontekstu toga izgradnja cjelovitog sustava motivacije.

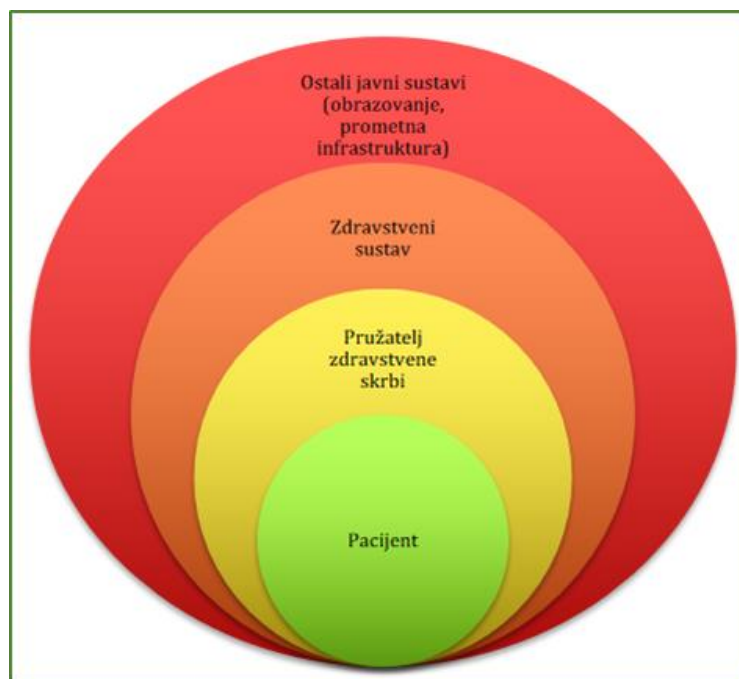
Motivacija i zadovoljstvo zaposlenika postaju temeljem zanimanja suvremenog menadžmenta ljudskih potencijala jer jedino se izgradnjom kvalitetnog motivacijskog sustava može pomoći organizaciji da poveća svoju konkurentsku sposobnost i vrijednost.[4]

4.3. Dostupnost usluge zdravstvene njege u kući

Dostupnost zdravstvene njege ovisi o raznim faktorima u pružanju zdravstvene zaštite. Mnogo je faktora koji mogu dovesti do nemogućnosti ostvarenja zdravstvene njege u situaciji kada stvarna potreba postoji i kada tu potrebu osoba izrazi. Barijere ili prepreke ostvarenju ili realizaciji zdravstvene njege mogu postojati na razini samog pojedinca, na razini pružatelja zdravstvene skrbi ili cjelokupnog zdravstvenog sustava (Slika 2).

Barijere građanima mogu postavljati i javne politike u područjima izvan zdravstvenog sustava, poput obrazovanja ili prometa (primjerice, onemogućavanjem adekvatnog javnog prijevoza građanima do zdravstvenih ustanova). Također, prepreke koju građani iskuse pri ostvarenju zdravstvene skrbi koreliraju međusobno i to tijekom vremena.

Primjerice, osoba koja je naišla na barijeru pri ostvarenju zdravstvene skrbi danas, npr. zbog loše komunikacije s liječnikom, slijedeći puta možda ni ne pokuša zatražiti skrb za isti zdravstveni problem. Barijere mogu biti iste za čitave skupine ljudi, poput osoba s invaliditetom, pripadnika manjinskih zajednica. [6]



Slika 2. Barijere u pristupu zdravstvenim uslugama na različitim razinama

[Izvor: Autor prema Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Report on Access to Health Services in the European Union (2016)]

Prepreke u pristupu zdravstvenim uslugama na razini korisnika usluge:

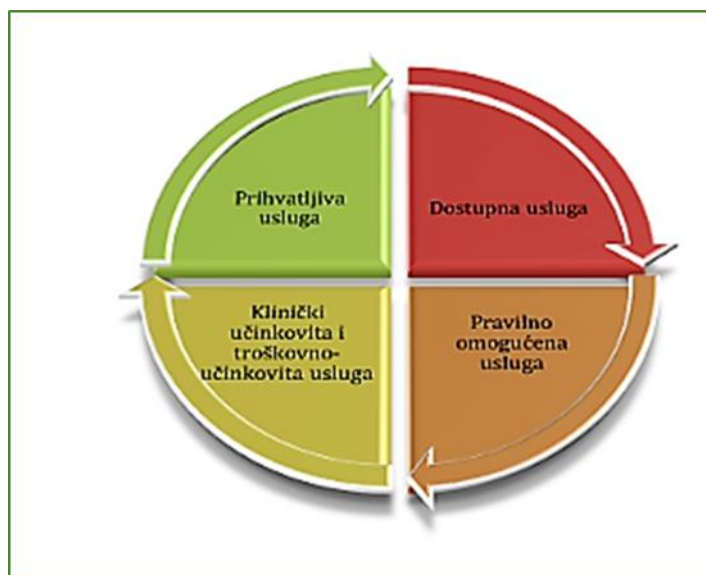
Osobe s različitim karakternim osobinama, različitim stavovima o zdravlju, različitom razinom zdravstvene pismenosti, komunikacijskim vještinama, različitim razinama dohotka i koje žive u različitim krajevima Hrvatske vjerojatno će osjećati i izraziti svoj «objektivni» zdravstveni problem na različiti način te će na različiti način izraziti i svoju potrebu za zdravstvenom uslugom pa će i iskustvo i mogućnost pristupa zdravstvenoj njezi predstavljati barijere ili prednosti u pristupu zdravstvenim uslugama kojima je cilj zadovoljiti zdravstvene potrebe.

Prepreke u pristupu zdravstvenim uslugama na razini pružatelja zdravstvene skrbi:

Prepreke na razini pružatelja zdravstvene skrbi odnose se na veličinu, kvalitetu, sastav i karakteristike zdravstvenih djelatnika kao i na razinu njihovog obrazovanja, vještina, preferencija, predrasuda, zadovoljstva. Dobra komunikacija između liječnika i pacijenta povezana je s boljim ishodima liječenja, boljom adherencijom i većim zadovoljstvom pacijenata. S druge strane, loša komunikacija može spriječiti pacijenta da ponukan lošim iskustvom ubuduće zatraži pravovremenu zdravstvenu skrb i da izbjegava odlazak liječniku što opet utječe na razinu pristupa zdravstvenim uslugama.

Prepreke u pristupu zdravstvenim uslugama na razini zdravstvenog sustava:

Kako bi smanjili prepreke u pristupu zdravstvenim uslugama za sve građane i povećali jednakost u pristupu zdravstvenim uslugama donositelji odluka u zdravstvu moraju voditi računa o mnogo različitih faktora te kvalitetnim politikama urediti djelovanje u različitim domenama. Da bi se zdravstvenoj usluzi moglo nesmetano pristupiti, zdravstveni sustav mora formirati uslugu koja će biti pravilno omogućena pacijentima (u smislu dovoljne količine opreme, infrastrukture, zdravstvenih radnika i lijekova raspoređenih na pravilan način), dostupna pacijentima (bez financijskih, geografskih i organizacijskih prepreka), prihvatljiva pacijentima (u smislu da su pacijenti voljni koristiti uslugu i da nema diskriminacije) i učinkovita za pacijente (da je zdravstvena usluga točno onakva kakva je potrebna kako bi unaprijedila zdravlje pacijenta, a u isto vrijeme i troškovno-učinkovita). [6]



Slika 3. Karakteristike pristupačne zdravstvene usluge koju kreira zdravstveni sustav

[Izvor: Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj, Policy izvještaj, listopad 2017.]

Prepreke u pristupu zdravstvenim uslugama na razini ostalih javnih sustava:

Fiskalna politika, socijalna davanja, razina zaposlenosti i nezaposlenosti, prometna politika i drugi sektori koji su uređeni javnim politikama mogu znatno utjecati na pristup, razinu, kvalitetu, dostupnost te ponudu i potražnju za zdravstvenim uslugama. Te «nezdravstvene» politike uvjetuju i ponašanje pacijenata. Primjerice, kvaliteta javnog prijevoza određuje može li osoba bez automobila doći do ambulante. Zaposlenje omogućuje pristup zdravstvenom osiguranju dok nezaposlenost može rezultirati gubitkom zdravstvenog osiguranja.

Uklanjanje barijera u zdravstvenom dijelu skrbi postiže se uspostavom funkcionalne zdravstvene skrbi na određenom području. [6]

4.3.1. Funkcionalna zdravstvena skrb

Funkcionalna zdravstvena skrb podržava kliničku, profesionalnu, organizacijsku i sistemsku integraciju. To se odnosi na mehanizme kojima se povezuju modaliteti financiranja, informiranja i upravljanja kako bi sustavu dodali najveću ukupnu vrijednost.

Funkcionalna integracija uključuje koordinaciju ključnih funkcija podrške kao što su:

- finansijsko upravljanje
- upravljanje kadrovima
- strateško planiranje
- upravljanje informacijama
- poboljšanje kvalitete

To uključuje zajedničke politike i prakse za funkcije podrške kroz partnerstva između različitih aktera unutar sustava. Međutim, funkcionalna integracija ne znači više centralizacije ili standardizacije. Funkcionalna integracija bi trebala biti fleksibilan pristup kako bi se u partnerstvu omogućilo prilagođavanje na okolinu koja se neprestano mijenja (npr. prilagođavanje potrebama stanovništva).

Jedan od najvažnijih aspekata funkcionalne integracije je povezivanje finansijskih, upravljačkih i informacijskih sustava oko primarnog procesa pružanja usluga (klinička integracija). Ovi povezani sustavi mogu podržavati i koordinirati kreatora politike (sistemsku integraciju), menadžere (organizacijsku integraciju), profesionalce (profesionalnu integraciju) i pacijente (kliničku integraciju) u njihovoj odgovornosti i zajedničkom odlučivanju u (međusektorskim) partnerstvu.

Funkcionalna integracija podržava i povezuje kliničke (mikro razina), profesionalne i organizacijske integracije (mezo razina) unutar sustava (makro razina). [7]

4.3.2. Strateško planiranje na određenom području

Poboljšanje zdravstvene njege na određenom području ovisi i o strateškim planovima kako na lokalnoj razini tako i na nacionalnoj razini. Međusobno povezivanje svih postojećih resursa na određenom području u svrhu poboljšanja sveukupne usluge. Zdravstvena njega u kući samo je jedan od sudionika zdravstvene skrbi na području djelovanja. Tako da je ovisna o lokalnim i nacionalnim strategijama razvoja.

Strateški razvoj sustava zdravstvene skrbi ostvaruje se kroz tri ključna koraka:

1. uklanjanjem barijera za pružanje postojećih/mogućih oblika zdravstvene skrbi.
2. osnaživanjem svih dionika radi pružanja bolje zdravstvene skrbi u postojećim uvjetima.
3. poboljšanjem postojećih uvjeta kroz izgradnju novih organizacijskih struktura i sadržaja te sustavnim osnaživanjem dionika za pružanje optimalne zdravstvene skrbi u budućnosti. [7]

5. Kvaliteta života

Kvaliteta života koja se očituje kroz upravljanje slobodnim vremenom starijih osoba, koji ovise o tuđoj njezi i brizi te kako što bolje i kvalitetnije iskoristiti svoje slobodno vrijeme. Definicija starosti i starenje, fenomen demografskog starenja, odlazak u zasluženu mirovinu, promjena svakodnevnih aktivnosti i obaveza, promjena cjelokupnog načina života jedni su od ključnih pitanja za gerontološku populaciju.

Jednu kategoriju starijih osoba čine aktivni, samostalni i nezavisni dok drugu kategoriju čine osobe zavisne o tuđoj pomoći i njezi.

5.1. Edukativno rehabilitacijski centar

Edukativno rehabilitacijski centar za osobe starije životne dobi jedan je od modernih centara koji je prilagođen svjetskim standardima i najstrožim svjetskim normama. Predviđen je za aktivne, samostalne, te manje aktivne osobe starije životne dobi.

Centar bi obuhvaćao niz prostorija za edukaciju, fizičku aktivnost, kuhinju i restoran, ambulante za liječnike i medicinsko osoblje, salu za sastanke i zabavni program. Uz dobro organiziran cjelodnevni program namijenjen starijoj životnoj dobi koji bi bio prepun aktivnosti, druženja, izmjenjivanja iskustava, razgovora i suosjećanja mnogi bi doživjeli duboku starost. Nadzor nad zdravstvenim stanjem svakog pojedinca vodio bi liječnički tim uz medicinsko osoblje.

Mjerila bi se kvaliteta i kvantiteta svakog pojedinca i cijelog stručnog osoblja – tima koji sudjeluje u rehabilitaciji i prilagodbi na umirovljenje. Jako je bitno voditi računa o međusobnoj suradnji i odnosu: medicinsko osoblje - pacijent, pacijent – medicinsko osoblje, dobroj i kvalitetnoj edukaciji, organizaciji slobodnog vremena i što boljem procesu starenja.



Slika 4. Edukativno rehabilitacijski centar
[Izvor: Savez dijabetičara Novi Sad, Novi Sad (2010)]



Slika 5. Edukativno rehabilitacijski centar
[Izvor: Savez dijabetičara Novi Sad, Novi Sad (2010)]

5.2. Ostali socijalni resursi na području Varaždinske županije

Za poboljšanje kvalitete života u kući važno je znati i ostale resurse na određenom području koje mogu tome pridonijeti. Tako na području Varaždinske županije djeluju različiti pružatelji socijalnih usluga među kojima je i obrt *Tonka* u mom vlasništvu. Istaknula bih važnost Crvenog križa i gerontodomaćica te veliku ulogu civilnog društva putem različitih udruga.

5.2.1. Tonka-obrt za posredovanje i pomoć u domaćinstvu

Na temelju dobre poslovne ideje, kako pomoći osobama starije životne dobi, oboljelima od kroničnih nezaraznih bolesti, kao aktivna volonterka više od sedam godina, hrabro sam odlučila otvoriti 1.8.2017. godine prvu privatnu pomoć u kući. Zbog sve većeg broja osoba starije životne dobi koji većinom ostaju sami kod kuće te se nema tko brinuti o njima, svojeg velikog srca i želje da se nitko ne osjeća usamljeno i zaboravljeno, krenula sam u akciju.

Dugogodišnja suradnja s medicinskim osobljem, liječnicima, udrugama širom Republike Hrvatske i sve veća potreba za njegom i brigom zbog smanjenja zdravstvenih usluga, poticaj je bio još veći.

Obrt TONKA bavi se uslugama pomoći u domaćinstvu, njezi kod osnovnih higijenskih i ostalih svakodnevnih potreba kod starijih osoba.

Želja mi je da se obrt razgrana kroz jednu širu liniju pomoći od 24 sata dežurstva preko *call centra*, prijevoz oboljelih do liječnika, podizanje lijekova i nalaza, organizacije odlaska u bolnicu na operacije, obavljanje pretraga, posjećivanje za vrijeme boravka u bolnicama i druge potrebne želje i radnje od strane pacijenata.

Kroz dugi niz godina volontiranja, organiziranja, edukacije i brige za osobe starije životne dobi, upoznala sam potrebe i želje osoba starije životne dobi te pronašla sreću u svom radu.

5.2.2. Udruge – neprofitne organizacije

Na području Varaždinske županije postoje mnogobrojne udruge volontera koje pomažu oboljelima od kroničnih nezaraznih bolesti, malignih bolesti, invaliditeta i ostalih. Osnovni cilj je okupljanje članova udruge, međusobna pomoć, razmjena životnih iskustva. Volontiranje u udrugama daje osjećaj pripadnosti, važnosti te socijalizaciji kod marginaliziranih skupina. Važna je socijalizacija, smanjenje izolacije, isključivanja iz društva što smanjuje depresiju i druge bolesti.

5.2.3. Crveni križ – Gerontodomaćice

Program *Pomoć u kući starijim osobama* na području Varaždinske županije provodi se kontinuirano od veljače 2002.g Uključeno je 55 korisnika. Svrha provođenja programa je poboljšanje i unapređenje kvalitete života starijih osoba putem izvaninstitucionalne skrbi na područjima njihovih mjesta prebivališta, odnosno provedbe programa.

Ciljevi provođenja programa su:

- poticanje i razvijanje izvaninstitucionalnih oblika skrbi o starijim osobama
- poticanje na razvoj dobrosusjedske pomoći
- razvoj volonterskog rada
- senzibilizacija društva i ukazivanje na potrebu uzajamne pomoći i međugeneracijske solidarnosti
- podizanje svijesti javnosti i lokalne zajednice o potrebama uzajamnog pomaganja, brige o starijima

Metode rada su individualni rad s korisnikom u njegovom domaćinstvu, posjete svakog korisnika prema rasporedu posjeta.

Dnevno i redovito se korisnicima pružaju slijedeće usluge:

- razgovor i druženje
- pomoć u održavanju higijene
- odlazak u trgovinu
- pratnja do liječnika, podizanje recepta i lijekova
- podizanje mirovine ili podmirivanje računa
- pomoć u rješavanju statusa i prava korisnika
- mjerenje i kontrola krvnog tlaka
- mjerenje glukoze, triglicerida i kolesterola u krvi
- pomoć oko nabave ogrjeva
- nabava i dostava higijensko – prehrambenih paketa
- nabava i distribucija odjeće, obuće i posteljnog rublje

Važnost poticanja socijalizacije kako primatelja usluge tako i pružatelja usluge u kući.[9]

5.2.4. Posudionica pomagala –*Srce Novi Marof*

Posudionica pomagala u sklopu udruge za palijativnu pomoć *Srce Novi Marof* osnovana je sa ciljem poboljšanja fizičke udobnosti pacijenata te prava na bolju zdravstvenu i socijalnu skrb. Fizička udobnost pomoću raznih ortopedskih pomagala osnova je u poboljšanju kvalitete života pacijenata i velika pomoć obitelji i profesionalcima u pružanju adekvatne skrbi za oboljele.[10]



Slika 6. Posudionica pomagala
[Izvor: Udruga za palijativnu pomoć Srce]

6. Zaključak

Da bi se poboljšala organizacija rada i kvaliteta usluga zdravstvene njege u kući potrebno je potpuno omogućiti iskoristivost svih faktora produktivnosti (znanje, vještine, stavovi, faktori motivacije, zadovoljstvo poslom i plaćom, sustav podrške).

Potrebno je izgraditi kvalitetnu organizacijsku strukturu te se voditi odrednicama pružanja zdravstvene njege u kući. Treba jasno definirati kompetencije osobe koja pruža zdravstvenu njegu, stvarne potrebe bolesnika, obim posla te upotrebu tehničkog sustava podrške. Od neophodne važnosti je efikasno vođenje resursa u zdravstvenoj njezi.

Svaka ustanova mora imati razrađen standard na godišnjoj razini, sustav raspoređivanja, fleksibilnost osoblja i sustav praćenja produktivnosti (povratne informacije/feedback).

U cilju poboljšanja kvalitete rada i same organizacije rada u ustanovama zdravstvene njege u kući potrebno je poznavati sustav upravljanja kvalitetom.

Bez dobro razvijenih komunikacijskih vještina, timskog rada i međusobnog uvažavanja u timu svih uključenih u zdravstvenu njegu nema pravilne ni kvalitetne usluge zdravstvene njege. Djelatnost zdravstvene njege u kući mora biti prepoznata kao kvalitetan, potreban, ekonomski poželjan i neizostavan partner u provođenju zdravstvene i palijativne zdravstvene njege.

Organizacija rada mora imati za cilj efektivnost rada, visoku razinu izvrsnosti, zadovoljstvo bolesnika i osoba koje pružaju uslugu te njihovih obitelji.

U Varaždinu _____

Potpis: _____

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, ANTONIJA BLEK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KVALITETA USLUGE PRUŽANJA ZDR. NJEGE U KUĆI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Blek Antonija

(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, ANTONIJA BLEK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/ha s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KVALITETA USLUGE PRUŽANJA ZDR. NJEGE U KUĆI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Blek Antonija

(vlastoručni potpis)

7. Literatura

- [1] Mrzljak V., ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA U KUĆI, Zagreb, 2016.
- [2] <https://www.mingo.hr/public/documents/95-vodic-kvaliteta-i-rizici.pdf>, 02.07.2018.
- [3] <https://repositorij.mefos.hr/islandora/object/mefos:243/preview>, 02.07.2018.
- [4] <https://dr.nsk.hr/islandora/object/fpz%3A608/datastream/PDF/view>, 03.07.2018.
- [5] Bahtijarević Šiber F.: Menadžment ljudskih potencijala, Golden marketing, Zagreb, 1999.
- [6] Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj, Policijski izvještaj, Centar za mirovne studije Projekt "Public interest is not for sale/Javni interes nije na prodaju - PINS II" Kuća ljudskih prava Zagreb, Listopad 2017.)
- [7] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653278/pdf/ijic2013-2013010.pdf>, 04.07.2018.
- [8] Savez dijabetičara Novi Sad, Novi Sad (2010)
- [9] <http://www.dck-vz.hr/?task=group&gid=12>, 06.07.2018.
- [10] <http://www.udrugasrce.hr/posudionica-pomagala/>, 06.07.2018.

8. Popis slika

Slika 1. PDCA – Demingov krug, <https://www.slideshare.net/kathairo/alat-za-procjenu-zadovoljstva-kupca-kano-model-21761191>

Slika 2. Barijere u pristupu zdravstvenim uslugama na različitim razinama, Izvor: Autor prema Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Report on Access to Health Services in the European Union (2016)

Slika 3. Karakteristike pristupačne zdravstvene usluge koju kreira zdravstveni sustav, Izvor: Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj, Policy izvještaj, Listopad 2017.

Slika 4. Savez dijabetičara Novi Sad, Novi Sad (2010)

Slika 5. Savez dijabetičara Novi Sad, Novi Sad (2010)

Slika 6. Posudionica pomagala, Izvor: Udruga za palijativnu pomoć Srce