

# Organizacija i kvaliteta provođenja zdravstvene njege u kući

---

**Mendek, Matea**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2021**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:352610>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-08-04**

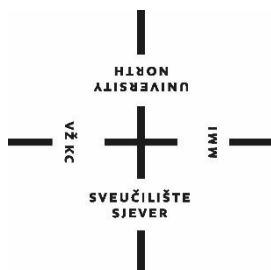


*Repository / Repozitorij:*

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER  
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 121/SSD/2021

**ORGANIZACIJA I KVALITETA  
PROVOĐENJA ZDRAVSTVENE NJEGE  
U KUĆI**

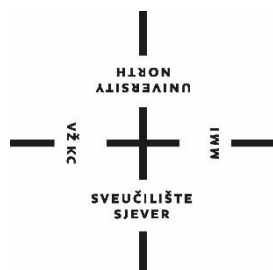
Matea Mendek

Varaždin, listopad 2021.



**SVEUČILIŠTE SJEVER**  
**SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**

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



DIPLOMSKI RAD br. 121/SSD/2021

**ORGANIZACIJA I KVALITETA**  
**PROVOĐENJA ZDRAVSTVENE NJEGE**  
**U KUĆI**

Student:  
Matea Mendek, 1331/336D

Mentor:  
doc. dr. sc. Tomislav Novinščak

Varaždin, listopad 2021.

# Prijava diplomskog rada

## Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJSKI diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRESTUPNIK Mataša Mendek

MATIČNI BROJ 1003045004

DATUM 19.04.2021.

KOLEGIJ Organizacija zdravstvenih i socijalnih ustanova

NASLOV RADA Organizacija i kvaliteta provođenja zdravstvene njege u kući

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Organization and quality of home health care

MENTOR Tomislav Novinščak

ZVANJE doc.dr.sc.

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Marijana Neuberger, predsjednik
2. doc.dr.sc. Tomislav Novinščak, mentor
3. izv.prof. dr.sc. Marin Šubarić, član
4. doc.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član
- 5.

## Zadatak diplomskog rada

BROJ 121/SSD/2021

OPIS

Zdravstvena njega u kući je profesionalna zdravstvena skrb te samim time jedan od bitnih dijelova zdravstvene zaštite o kojem ovise brojni građani, korisnici zdravstvenih usluga. Najčešće se nažalost radi o jednom segmentu za koji se u javnosti dosta toga malo zna, a i sama zdravstvena struka o zdravstvenoj njezi u kući ima premalo znanja. Često članovi obitelji nemaju adekvatno znanje i vještine, te se samim time javlja potreba za pružanjem zdravstvene njege u kući. Provođenje zdravstvene njege samostalno odrađuje educirana medicinska sestra/tehničar u dogovoru sa odabranim pacijentovim liječnikom opće medicine i patronažnom službom. Medicinska sestra/tehničar svojim znanjem, iskustvom, vještinama, empatijom i kreativnošću nastoje pružiti što kvalitetniju pomoć u bilo kojoj danoj situaciji, te samim time postići postavljene ciljeve. Bolesnik te članovi njegove obitelji uspostavljaju vezu sa medicinskom sestrom/tehničarom radi što ugodnije atmosfere i suradnje. Osjećajem sigurnosti i zadovoljstvom korisnika pružanjem zdravstvene njege stječe se odraz kvalitete. Zadatak ovog diplomskog rada je opisati zdravstvenu njegu u kući, njen povijesni razvoj, potrebno školovanje i uvjete za osnivanje, prikazati način za njezinu dostupnoću, samu organizaciju njege u mirnim te novonastalim epidemijskim uvjetima i medicinsku dokumentaciju koja se koristi u svakodnevnom radu.

ZADATAK URUČEN

29.10.2021.



## **Predgovor**

Zahvaljujem se svome mentoru doc.dr.sc. Novinščak Tomislavu na prihvaćenom mentorstvu, dobivenim savjetima, te stručnom vodstvu tijekom izrade moga diplomskog rada. Veliko hvala mome suprugu, djeci, te mojim roditeljima na strpljenju i poticaju za veće životne ciljeve.

Hvala!

## Sažetak

Svaka osoba tijekom svoga života u jednom trenutku zatreba pomoć i njegu, bilo od svoje obitelji, ukućana ili drugih osoba, nakon hospitalizacije ili u kasnijoj dobi. Kako često članovi obitelji nemaju adekvatno znanje, pomoć starijima i nemoćnima pruža medicinsko osoblje u obliku zdravstvene njege u kući. Pružatelj usluga nastoje sa svojom ljudskosti, suosjećanjem, znanjem, vještinama i kreativnošću pomoći u bilo kojoj situaciji i ostvariti postavljene ciljeve zdravstvene njege u kući. Zadovoljstvo korisnika zdravstvene usluge i osjećaj sigurnosti koju daje prilikom pružanja zdravstvene njege u kući su odraz kvalitete. Vrlo je malo spoznaja i iskustva opisano iz ovog područja stoga je u ovom diplomskom radu prvenstveno naglasak na prezentaciji cjelokupnog procesa zdravstvene njege, organizacija djelatnosti, uvjeti, provođenje usluge zdravstvene njege u kući, upravljanje i poboljšanjima kvalitete te dokumentacija i informatizacija u domeni zdravstvene njege u kući.

Ključne riječi: zdravstvena njega u kući, medicinsko sestra/tehničar, liječnik obiteljske medicine, upravljanje, organizacija, dokumentacija, informatizacija

## **Summary**

Every person needs help and care at some point in their life, either from their family, household or other people, after hospitalization or at a later age. As family members often don't have adequate knowledge, assistance to the elderly and infirm is provided by medical staff in the form of home health care. The service provider strives with their humanity, compassion, knowledge, skills and creativity to help in any situation and achieve the set goals of home health care. The satisfaction of health care users and the sense of security it provides when providing home health care are a reflection of quality. Very little knowledge and experience is described in this area, so in this thesis the emphasis is primarily on the presentation of the entire health care process, organization of activities, conditions, implementation of home health care, management and quality improvements, documentation, informatization in the field of health care in home.

Keywords: home health care, nurse/technician, family medicine doctor, management, organization, documentation, computerization



## Popis korištenih kratica

<b>HKO</b>	Hrvatski kvalifikacijski okvir
<b>ECTS</b>	European Credit Transfer and Accumulation System- sustav prikupljanja i prenošenja bodova
<b>PVC</b>	poli- + vinil + klorid; polivinil-klorid, takozvana „plastika“
<b>DTP</b>	dijagnostičko terapijski postupak
<b>CEZIH</b>	Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske
<b>SZO</b>	Svjetska zdravstvena organizacija
<b>HKMS</b>	Hrvatska komora medicinskih sestara
<b>HZZO</b>	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
<b>tj.</b>	to jest
<b>web</b>	engl. World Wide Web – svjetska mreža
<b>SSL</b>	engl. Secure Sockets Layer, tj. slobodno prevedeno sigurnosni sloj utikač
<b>EU-SILC-a</b>	engl. Statistics on Income and Living Conditions
<b>EU</b>	Europska unija
<b>COVID-19</b>	prema engl. coronavirus disease 2019
<b>RH</b>	Republika Hrvatska

# Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Povijesni razvoj zdravstvene njege u kući .....	2
2.1.	Povijesni razvoj zdravstvene njege u kući u Hrvatskoj .....	3
3.	Zdravstvena njege u kući .....	4
3.1.	Organizacija rada u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući .....	4
3.2.	Uloga medicinske sestre/tehničara u pružanju zdravstvene njege .....	5
3.3.	Kvalifikacijska struktura medicinske sestre/tehničara za zdravstvenu njege u kući .....	6
4.	Opće smjernice za provođenje zdravstvene njege u kući.....	7
4.1.	Priprema medicinske sestre/tehničara za kućni posjet .....	7
4.1.1.	Tijek provođenje postupka.....	7
4.2.	Prvi kućni posjet .....	8
4.2.1.	Tijek provođenja postupka:.....	8
4.3.	Priprema za provođenje zdravstvene njege u kući.....	9
5.	Dijagnostičko - terapijski postupci zdravstvene njege.....	10
5.1.	Osnovni dijagnostičko – terapijski postupci zdravstvene njege .....	10
5.2.	Dodatni dijagnostičko – terapijski postupci zdravstvene njege .....	11
5.3.	Neki od najvažnijih postupaka koji se provode unutar DTP-a: .....	13
6.	Utjecaj na ishod pružanja zdravstvene njege u kući .....	15
7.	Upravljanje kvalitetom zdravstvene njege u kući .....	16
7.1.	Definicije kvalitete.....	16
7.2.	Standard izvrsnosti.....	17
7.3.	Implementacija sustava kvalitete .....	17
7.4.	Bolesnikova sigurnost.....	18
8.	Indikatori kvalitete u zdravstvenoj njezi u kući .....	20
8.1.	Demingov procesni krug kvalitete .....	21
8.2.	Upravljanje vremenom i promjenama u zdravstvenoj njezi u kući.....	22
9.	Sestrinska dokumentacija.....	24
9.1.	Tehnike prikupljanja podataka.....	25

9.1.1.	Intervju .....	25
9.1.2.	Promatranje u procesu zdravstvene njege u kući .....	26
9.1.3.	Mjerenje .....	27
9.1.4.	Analiza prikupljenih podataka .....	28
9.2.	Sestrinska anamneza .....	29
9.3.	Planovi zdravstvene njege.....	30
10.	Poboljšanje kvalitete zdravstvene njege u kući.....	32
10.1.	Sustav e-zdravstvene njege .....	32
10.2.	Upravljanje ljudskim resursima .....	34
10.2.1.	Motivacija .....	36
10.2.2.	Informatizacija .....	36
10.3.	Dostupnost zdravstvene njege u kući u Hrvatskoj .....	37
10.4.	Zdravstvena njege u kući za vrijeme pandemije COVID - 19 .....	38
11.	Zaključak .....	40
12.	Literatura.....	41

# 1. Uvod

Od prapovijesti ljudskog roda javlja se potreba za njegom bolesnih, siromašnih i napuštenih osoba. Gledajući kroz povijest, možemo reći da skrb za nemoćne predstavlja srž sestrinstva, koja se temelji na suosjećanju, ljudskosti i ljubavi. Vrlo je važno napomenuti da osoba koja pruža zdravstvenu njegu mora osim moralnih vrijednosti imati i znanje u prakticiranju zdravstvene njege temeljeno na znanstvenim istraživanjima i najnovijim smjernicama. Napredak u svim segmentima života (socijalnim, ekonomskim, društvenim) omogućio je produžetak životne dobi, ali je donio i porast bolesti s kojima su svakodnevno susrećemo i kojima se treba pružiti posebna pažnja. Užurbani tempo, promjena životnih prioriteta, promjene socijalnog i ekonomskog stanja stanovništva postavile su jasnu potrebu za pružanjem cjelovite, organizirane i sustavne skrbi za bolesnim i nemoćnima. Obitelji bolesnih i nemoćnih nisu u mogućnosti za 24-satnu njegu i pomoć, te se javlja sve veća potreba za pružanjem zdravstvene njege u kući. [1] Vrijeme je pokazalo da jedan od najboljih oblika pružanja skrbi je model stvaranja mreža ustanova za zdravstvenu njegu u kući, koji predstavlja integrirani, cjeloviti, multi selektorski pristup kojem u centru mora biti pacijent kao i izvrsnost pružanja zdravstvene njege u kući. [2] Pružanje zdravstvene njege u kući sa sobom nosi niz pogodnosti kao neprekidnost procesa skrbi, obavljanje njege u poznatom (vlastitom) okruženju korisnika, povećava se osjećaj sigurnosti i zadovoljstva od strane korisnika, mogućnost sudjelovanja članova obitelji u provođenju njege te individualni pristup korisniku i njegovim potrebama. [2] Vrlo je važno da se zdravstvena njega učini dostupna svakom pojedincu, da se osiguraju dostatna financijska sredstva za njezino provođenje, te da se neprestano nastoji poboljšati kvaliteta pružanja usluge. Zadovoljstvo korisnika usluga zdravstvene njege je odraz kvalitete, a neprestano ulaganje u kvalitetu se manifestira kroz zadovoljnog korisnika i pružatelja usluga. [3]

## 2. Povijesni razvoj zdravstvene njege u kući

U današnje vrijeme zdravstvena njega je standard, te svaka nemoćna i bolesna osoba ima pravo na nju kako bi se poboljšalo i olakšalo zdravstveno stanje korisnika. Produžetak životne dobi doveo je do porasta kroničnih bolesti, težih oštećenja lokomotornog sustava, težih neuroloških poremećaja, i porasta malignih oboljenja, posljedica su promjena u društvenom, socijalnom i ekonomskom aspektu života. Radi produžetka životne dobi i povećanje broja oboljelih, došlo je do društvene potrebe za sveobuhvatnom zdravstvenom skrbi koja je i ekonomski isplativa. Takva potreba zbog užurbanog života i nedostatka brige za bolesnim i nemoćnima dovela je do stvaranja modela mreže ustanova koji će pokriti svaki aspekt njege, bilo da se radilo o bolesnicima sa privremenim bolestima ili dugoročnim i neizlječivim bolestima. [3] U vremenu prije 19. stoljeća, ustanove za dugotrajnu skrb bolesnih i nemoćnih osoba, nisu postojale, već su bolesnici isključivo ovisili o društvenom i financijskom statusu. Bolje financijski situirani bili su njegovani od strane svojih obitelji, dok su siromašni bili prisiljeni na ubožnice, među mentalno oboljelim, beskućnicima i ovisnicima. Na inicijativu crkvenih zajednica, početkom 19. stoljeća, različite udruge udovica i udruge žena, počele su osnivati ustanove za brigu o starijima i nemoćnima. Prva takva ustanova osnovana je 1850. god. u Bostonu pod nazivom „Bostonski dom za starije žene“ („Bostons Home for Aged Women“), a moto pod kojim je dom djelovao je bio „one su kost naših kosti i tijelo našeg tijela“. Temeljni uvjet za ulazak u Ustanovu bio je „dobar karakter“. Ustanova je bila osnovana kako bi se kvalitetno brinulo o pojedincima. Obzirom da je broj zahtjeva za prijam bio mali, među kojima se najviše nalazilo neudanih žena i udovica, ubrzo je Ustanova pretvorena u dom za starije i nemoćne, gdje je svakodnevica označavala sve strahote, siromaštva, sramote, samoće, napuštenosti i degradacije. [4] Razvojem gospodarstva, industrije i tehnologije, javila se potreba za humanijim pristupima skrbi za starije i nemoćne, a samim tim nastojala se poboljšati kvaliteta pružanja zdravstvene njege. Ideja je bila osnivanje malih pansiona koji će pružati kvalitetniju skrb manjem broju korisnika, a s druge strane će biti jeftinija i pristupačnija. 20-te godine prošlog stoljeća karakterizira povećanje kroničnih i zaraznih bolesti, te potreba za intenzivnijom zdravstvenom njegom nakon otpusta iz bolnice. Već deset godina kasnije kao i u 40-tim godinama porast broja bolesnika s kroničnim bolestima je počeo ugrožavati kapacitete bolnica, te je porastao interes za njegom kod kuće kao jeftinijom alternativom od bolnice. [3] Slijedi desetljeće eksperimentiranja, proučavanja i obnavljanja interesa za osnivanje ustanova za kućnu njegu. Briga za kronične bolesnike kod kuće ostala je i dalje obiteljska odgovornost. [1] U 40-tim godinama prošlog stoljeća, uočeno je da samo 15% korisnika koristi pansione radi financijskih razloga, dok ih ostali korisnici koriste radi kvalitetnije zdravstvene njege

zbog težih bolesti te potrebne liječničke skrbi. Upravo je to bio razlog da je početkom 60-tih godina došlo do diferencijacije ustanova i to na ustanove/domove umirovljenika i na ustanove za zdravstvenu njegu u kući, te javne i privatne. [5] Početkom 70-tih godina prošlog stoljeća počelo se raditi na standardizaciji prostora, opreme, načina pružanja zdravstvene njege, te su ustanove bile kategorizirane i samim time se znatno povećala kvaliteta pružanja zdravstvene njege. [1] Vrijeme je pokazalo kako je za oporavak bolesnika i kvalitetu života nakon otpusta iz bolnice važna kontinuirana skrb kod bolesnika. Unutar novog pristupa, zdravstvena njega u kući je postala važna komponenta u nastavku brige za bolesne i nemoćne. Ustanove za zdravstvenu njegu u kući trebaju svojim korisnicima pružati kontinuiranu i integriranu skrb bilo da se radilo o prevenciji poboljšanje, komplikacija i očuvanje kvalitete života nakon otpusta iz bolnice ili njege u terminalnim stanjima kroz hospicijsku ili palijativnu skrb.

## **2.1. Povijesni razvoj zdravstvene njege u kući u Hrvatskoj**

Knjiga „*Dragovoljna bolesnička njega u ratu*“ izdana 1882. godine veže se uz prve početke razvoja zdravstvene njege u kući. U njoj se opisuju osobine njegovateljice, prije svega kako mora biti iznimno obrazovana da bi mogla pružati stručnu pomoć bolesniku, ljubazna, srdačna, hrabra, suosjećana i sigurna u sebe i svoje znanje. Godine 1921. otvorena je prva škola za sestre pomoćnice u Zagrebu, dok je 1958. godine utemeljena prva „*Služba za njegu bolesnika*“ koja od 1965. godine djeluje kao samostalna jedinica pri Crvenom križu. Na početku je služba zdravstvene njege u kući u Hrvatskoj, bila edukativna i humanitarna djelatnost Crvenog križa. Djelatnost Crvenog križa bila je davanje tečajeva i educiranje građana. [6] „*Centar za njegu bolesnika s liječenjem u kući*“ je 1975. godine osnovan kao samostalna radna organizacija koja je zapošljavala liječnike, medicinske sestre, fizioterapeute i njegovateljice koji su provodili uslugu zdravstvene njege u kući. [7] U današnje vrijeme na prostoru Varaždinske županije, uz Ustanovu za zdravstvenu njegu Lekić, djeluju još jedna ustanova za zdravstvenu njegu u kući, a to je Ustanova za zdravstvenu njegu Kancijan. [8]

### **3. Zdravstvena njega u kući**

Zdravstvena njega u kući spada u profesionalnu zdravstvenu skrb, koju provodi medicinska sestra/tehničar kroz pružanje potrebite zdravstvene njege pacijentu/bolesniku u njegovom vlastitom domu. Vrlo često predstavlja nastavak zdravstvene njege bolesnika po otpustu iz bolnice, lječilišta ili druge zdravstvene ustanove. Spada u primarnu liječničku zaštitu, koje pokriva osnovno zdravstveno osiguranje, a obuhvaća sve postupke opće i specijalne zdravstvene njege pacijenta, koju je medicinska sestra ovlaštena provoditi samostalno. [1]

#### **3.1. Organizacija rada u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući**

Sve osigurane osobe u Republici Hrvatskoj imaju pravo na korištenje usluga zdravstvene njege bolesnika u kući. Kad izabrani liječnik obiteljske medicine utvrdi potrebu za zdravstvenom njegom bolesnika, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osigurava plaćanje svih zdravstvenih usluga. [10] Pravo na uslugu ostvaruje se kod sljedeće utvrđenih stanja [11]:

- nakon složenih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i zdravstvenu njegu rane
- nepokretnost ili teška pokretnost
- prolazna ili trajna zdravstvena stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje
- toaleta stome
- kronične bolesti u fazi komplikacija ili pogoršanja
- terminalna faza bolesti

Odabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite određuje potrebu za zdravstvenom njegom nakon uvida u liječničku dokumentaciju, te određuje način provođenja zdravstvene njege koja može biti:

- kod bolesnika s prirodnim malformacijama i deformacijama najduže u trajanju do godine dana [5]
- najviše 5 puta tjedno kroz 30 dana
- kod težih bolesnika najduže u trajanju do 90 dana

Medicinska sestra/tehničar svojim iskustvom, znanjem i vještinama uvijek odgovara za sve postupke provedene kroz zdravstvenu njegu u kući bolesnika u okvirima primarne zdravstvene skrbi, prema nalogu liječnika. Medicinska sestra/tehničar uspostavlja vezu sa bolesnikom te

članovima njihove obitelji, odlučuju kako im se može pomoći, udovoljiti zahtjevima, potrebama i željama bolesnika, te pružaju pomoć tako dugo dok je ona potrebna. [9]

### **3.2. Uloga medicinske sestre/tehničara u pružanju zdravstvene njege**

Praksa medicinske sestre/tehničara omogućuje širi uvid u zahtjeve zdravstvenog sustava, zahtjeve bolesnika i njegove obitelji, moguće ishode pružanja zdravstvene njege, te kako ljudi odgovaraju na različite strategije i usluge. Oni čine najveći dio zdravstvenih djelatnika, te provode najviše vremena u komunikaciji s bolesnicima i njihovom obitelji kod pružanja zdravstvene njege u kući. [12] Zadaci koji se postavljaju pred medicinsku sestru/tehničara odnose se na planiranje zdravstvene njege, sustavno rješavanje problema kroz proces zdravstvene njege i skrb za identificirane potrebe bolesnika. Kod planiranja, medicinska sestra/tehničar donosi odluke vezane za sestrišnu dijagnozu, planiranje i implementaciju plana njege, te procjenu napretka bolesnika i ostvarenje zadanih ciljeva. Prilikom obavljanja zdravstvene njege u kući, medicinska sestra/tehničar svojim znanjem i vještinama prepoznaje probleme, potrebe, mogućnosti i sposobnosti nošenja sa bolešću kao i moguće posljedice i ishode pružanja zdravstvene njege. [13] Medicinska sestra/tehničar osim same zdravstvene njege provodi mjere sprečavanja komplikacija dugotrajnog ležanje bolesnika. U dogovoru s bolesnikom i njegovom obitelji, nastoji osigurati i prilagoditi uvjete za što bolje pružanje zdravstvene njege, ovisno o potrebama i stanju bolesnika. Medicinska sestra/tehničar mora zadržati autoritet, profesionalnost i dosljednost koju članovi obitelji brzo izgube, ali također s bolesnikom stvara prisniji odnos od ostalih zdravstvenih djelatnika te često postaje „članom obitelji“. Ostvareni odnos s bolesnikom prije svega medicinska sestra/tehničar koristi u svrhu što bržeg oporavka i liječenja. Kako bi postigli što brži oporavak bolesnika i kako bi se pravilno ophodili prema njemu, uloga medicinske sestre/tehničara je edukacija članova obitelji. Kod zdravstvene njege bolesnika koji boluju od zloćudnih bolesti, medicinska sestra/tehničar ne smiju bolesniku iznositi svoja gledišta, stavove o trajanju bolesti i životu, nego prije svega moraju biti podrška umirućim bolesnicima i ne iskazivati svoje emocije (neraspoloženje, tugu, žaljenje i sl.). [14] Danas medicinska sestra/tehničar osim znanja u pružanju zdravstvene njege, mora biti i strateški partner, menadžer rizika, stručnjak za ljudske resurse, te stručnjak za razumijevanje složenih kliničkih područja. U svakom trenutku pružanja zdravstvene njege mora imati sposobnost da djeluje, da ima kontrolu i autonomiju, te da koristi raspoložive resurse za postizanjem željenog cilja. [15]



### 3.3. Kvalifikacijska struktura medicinske sestre/tehničara za zdravstvenu njegu u kući

Kako bi zdravstvena njega bila što kvalitetnija potrebno je imati obrazovane medicinske sestre/tehničare koji se konstantno educiraju i školuju. Od velike je važnosti da medicinska sestra/tehničar kod donošenja odluka i procjena bude samostalna jer najčešće sama provodi zdravstvenu njegu u kući. Broj medicinskih sestra/tehničara u zdravstvenoj njezi u kući planiran je prema geografskoj distribuciji stanovnika, lokalnim uvjetima i zemljopisnim karakteristikama. [15] Prema propisima kojima se uređuje Hrvatski kvalifikacijski okvir (HKO), kompetencije se odnose na znanja i vještine, te pripadajuća odgovornost i samostalnost. [16] Razina kvalifikacije prema HKO definira se kao zajednička razina svih ishoda učenja dotične kvalifikacije, što se određuje pomoću razine i obujma svakog skupa učenja. Hrvatski kvalifikacijski okvir uspostavio je 8 razina svih ishoda učenja prikazanih u Tablici 3.3.1., koje predstavljaju minimalne uvjete za određivanje skupova ishoda učenja na pripadajuće razine HKO-a. [17]

Tablica 3.3.1. Prikazuje stupnjeve razine kvalifikacije prema Hrvatskom kvalifikacijskom okviru (HKO)

<b>RAZINA 1</b>	Osnovno obrazovanje
<b>RAZINA 2</b>	Strukovno osposobljavanje
<b>RAZINA 3</b>	Jednogodišnje i dvogodišnje srednjoškolsko strukovno obrazovanje
<b>RAZINA 4.1</b>	Trogodišnje strukovno obrazovanje
<b>RAZINA 4.2</b>	Gimnazijsko srednjoškolsko obrazovanje; četverogodišnje i petogodišnje strukovno srednjoškolsko obrazovanje
<b>RAZINA 5</b>	Stručni studij sa manje od 180 ECST-a
<b>RAZINA 6</b>	Sveučilišni i stručni preddiplomski studij
<b>RAZINA 7</b>	Sveučilišni i stručni diplomski studij; poslijediplomski specijalistički studij
<b>RAZINA 8.1</b>	Poslijediplomski znanstveni magistarski studij
<b>RAZINA 8.2</b>	Poslijediplomski sveučilišni (doktorski) studij

Tablica 3.3.1. Razine ishoda učenja prema HKO-mu (autor: HKO)

## **4. Opće smjernice za provođenje zdravstvene njege u kući**

### **4.1. Priprema medicinske sestre/tehničara za kućni posjet**

Priprema i planiranje kućnog posjeta osigurava sigurno i kvalitetno provođenje zdravstvene njege. Aktivnosti medicinske sestre/tehničara obuhvaćaju [18]:

- utvrđivanje potreba – prikupljanje i analizu podataka te definiranje dijagnoze
- planiranje – u suradnji sa bolesnikom i njegovom obitelji određuju se ciljevi i način/postupak njihova ostvarenja
- evaluaciju zdravstvene njege – vrednovanje bolesnikova stanja i reakcija, te usporedba s postavljenim ciljevima i očekivanjima

Prije samog provođenja zdravstvene njege u kući medicinska sestra/tehničar mora pripremiti sestrinsku torbu s potrebnim materijalima. Sukladno smjernicama za postupke u zdravstvenoj njezi u kući, sestrinska torba mora sadržavati [18]:

- pribor za prijevoj rane
- pribor za parenteralnu terapiju i infuzijsku otopinu
- kutiju za vađenje krvi
- pribor za kateterizaciju mokraćnog mjehura
- dezinfekcijsko sredstvo
- ostali pribor ( tlakomjer, aparat za mjerenje šećera, pribor za uzimanje brisova i sl.)

#### **4.1.1. Tijek provođenje postupka**

- provjera naloga za provođenje zdravstvene njege u kući
- organizacija dokumentacije
- određivanje svrhe i ciljeva svakog pojedinog posjeta
- planiranje dolaska do kuće bolesnika
- planiranje osobne sigurnosti
- planiranje dnevnog odmora [18]

## 4.2. Prvi kućni posjet

Kod prvog kućnog posjeta utvrđuje se potreba za zdravstvenom njegom, određuje se stupanj zahtjevnosti provođenja i potrebne količine zdravstvene njege, izrađuje se plan zdravstvene njege i skrbi o bolesniku koja uključuje samog bolesnika i njegovu obitelj. [18] Prilikom prvog pregleda potrebno je napraviti procjenu koja se sastoji od:

- proteklog i sadašnjeg zdravstvenog stanja
- procjena uvjeta u kući i okolnih čimbenika
- socijalna podrška
- kulturološki utjecaji kao što su zdravstvena i duhovna uvjerenja

### 4.2.1. Tijek provođenja postupka:

- osigurati uvjete za razgovor s bolesnikom i članovima obitelji
- prikupljanje medicinske dokumentacije bolesnika
- uzimanje sestrinske anamneze
- obaviti pregled promatranjem „od glave do pete“ – promatranje izgleda i funkcije tjelesnog sustava
- u slučaju potrebe napraviti detaljnu procjenu pomoću instrumenta za mjerenje (dezorijentiranost, mogućnost pada i sl.)
- provjera, dopunjavanje i usklađenje podataka u razgovoru s članovima obitelji
- analiza i interpretacija prikupljenih podataka
- validacija podataka
- izdvajanje mogućih problema kod provođenja zdravstvene njege
- postavljanje ciljeva zdravstvene njege
- odabir i izrada postupaka izvođenja zdravstvene njege i postizanje cilja
- izrada plana zdravstvene njege prema propisanom obrascu sestrinske dokumentacije
- određivanje stupnja zahtjevnosti i količine potrebne zdravstvene njege
- analiza uvjeta za provođenje plana - uvjeti u kući, podrška članova obitelji, dostupnost opreme i sl.
- praćenje provedbe plana, bolesnikovo stanje i potrebe za priborom i opremom
- evaluacija ciljeva zdravstvene njege prema planu evaluacije
- dokumentiranje svih faza procesa zdravstvene njege [18]

### 4.3. Priprema za provođenje zdravstvene njege u kući

Nakon procjene uvjeta u kući, često se događa kako uvjeti za provođenje zdravstvene njege u kući nisu primjereni za izvođenje postupka. Medicinska sestra/tehničar mora svojim znanjem, umijećem i kreativnošću prilagoditi uvjete u kući kako bi se omogućilo sigurno i kvalitetno provođenje postupka. Priprema uključuje pripremu medicinske sestre/tehničara, pripremu prostora, pripremu bolesnika i pripremu materijala i pribora. [18]

Priprema medicinske sestre/tehničara:

- odlaganje torbe na prikladno mjesto
- pranje ruku
- vezanje kose
- odijevanje prikladne odjeće

Priprema prostora:

- zatvaranje prozora i vrata
- izvođenje kućnih ljubimaca iz prostorije
- osiguranje dobre svjetlosti

Priprema bolesnika:

- procjenjivanje bolesnikove sposobnosti za provođenje zdravstvene njege
- pojašnjavanje postupka zdravstvene njege bolesniku
- poticanje na postavljanje pitanja i otklanjanje nejasnoća vezanih za tijek postupka
- smještanje bolesnika u odgovarajući položaj
- najava mogućih neugodnih trenutaka bolesniku

Priprema materijala i pribora:

- provjera dostupnosti potrebnog materijala
- zaštita površina na koji će se odložiti materijal i pribor
- priprema potrebnog materijala i pribora
- priprema PVC vrećica za odlaganje nečistog materijala

Prije provođenja bilo kojeg postupka potrebno je temeljito oprati ruke kako bi se otklonila nečistoća i bakterije sa ruku. [18]

## 5. Dijagnostičko - terapijski postupci zdravstvene njege

Provođenje zdravstvene njege u kući dijeli se na četiri osnovna i četiri dodatna postupka:

### 5.1. Osnovni dijagnostičko – terapijski postupci zdravstvene njege

1. DTP 1 - minimalna zdravstvena njega, koja traje okvirno oko 30 minuta. Podrazumijeva uzimanje materijala za mikrobiološke i laboratorijske pretrage (jedan od postupka prikazan je na Slici 5.1.1.), edukaciju bolesnika i obitelji, mjerenje vitalnih funkcija kao što su krvni tlak i šećer, kateterizaciju mokraćnog mjehura žena te toaletu i njegu stome.

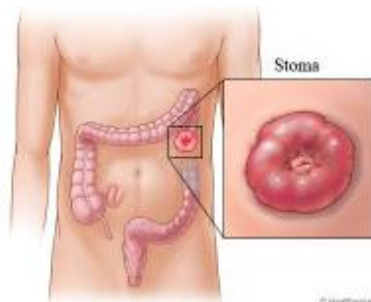
Slika 5.1.1. Prikaz vađenja krvi:



Slika 5.1.1. Vađenje krvi ( Izvor: <https://lijekizprirode.com/zanimljivosti/zbog-ovoga-su-vam-nalazi-losi-doktorica-otkrila-pravila-pred-vadenje-krvi-koja-mnogi-ne-znaju-31811.html> )

2. DTP 2 - pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama, koja traje okvirno oko 60 minuta, a podrazumijeva DTP 1 uključujući provjeru vitalnih znakova, prijevoju rana prvog i drugog stupnja te toaletu stome koja je prikazana na Slici 5.1.2.. Najčešće se tu radi o njezi teško pokretnog ili nepokretnog bolesnika.

Slika 5.1.2. Prikaz toaleta stome:



Slika 5.1.2. Stoma (Izvor: <https://www.hucuk.hr/stoma>)

3. DTP 3 - opsežna zdravstvena njega bolesnika, koja traje okvirno oko 90 minuta. Uključuje DTP 1 i DTP 2 uz previjanje rana trećeg stupnja te primjenu terapije kisikom, primjer na Slici 5.1.3..

Slika 5.1.3. prikazuje primjenu terapije kisikom:



Slika 5.1.3. Terapija kisikom (Izvor: <https://www.ss-zdravstvena-st.skole.hr>)

4. DTP 4 - zdravstvena njega bolesnika u terminalnoj fazi bolesti, koja je prikazana na Slici 5.1.4. te okvirno traje oko 120 minuta, a uključuje prethodna tri postupka te prijevoj rana četvrtog stupnja. Obuhvaća skrb za najtežu i najzahtjevniju kategoriju zdravstvene skrbi bolesnika – palijativnog bolesnika u terminalnoj fazi. [19]

Slika 5.1.4. prikazuje dio zdravstvene njege bolesnika u terminalnoj fazi bolesti:



Slika 5.1.4. Kupanje dio zdravstvene njege terminalnog bolesnika

(Izvor: <https://hr.ze-signon.com/articles/terapiya/gigienicheskij-uhod-za-lezhachimi-bolnimi.html>)

## 5.2. Dodatni dijagnostičko – terapijski postupci zdravstvene njege

1. DTP 5 - primjena klizme (vidi Sliku 5.2.1.)

Slika 5.2.1. prikazuje primjenu klizme kod bolesnika:



Slika 5.2.1. Primjena klizme (Izvor: <https://www.hr.cathedralcollege.org>)

2. DTP 6 - toaleta i prijevoj rana prvog i drugog stupnja - dekubitus i ulkus, (vidi Sliku 5.2.2.)

Slika 5.2.2. prikazuje dekubitus 1.stupnja:



Slika 5.2.2. Dekubitus (Izvor: <https://rozi-step.hr/vrste-rana/ozljede/dekubitus>)

3. DTP 7 - toaleta i prijevoj rana trećeg i četvrtog stupnja (vidi Sliku 5.2.3.)

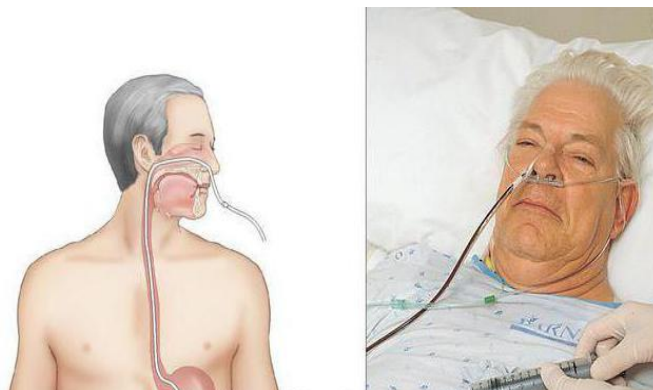
Slika 5.2.3. prikazuj dekubitus 3. stupnja:



Slika 5.2.3. Dekubitus (Izvor: <https://www.amazon.de/-/en/Decubitus-Artificial-Simulated-Adheres-Adhesive/dp/B07GZSRC9Q> )

#### 4. DTP 8 - postavljanje i promjena nazogastrične sonde (vidi Sliku 5.2.4.) [20]

Slika 5.2.4. prikazuje nazogastričnu sondu kod pacijenta:



Slika 5.2.4. Nazogastrična sonda (izvor: <https://www.hr.onlinedoctors24.com>)

### 5.3. Neki od najvažnijih postupaka koji se provode unutar DTP-a:

Tablica 5.3.1. prikazuje neke od najvažnijih postupaka koje medicinska sestra/tehničar provodi unutar DTP-a:

<b>Održavanje osobne higijene nepokretnog i teško pokretnog bolesnika i njegove okoline</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- kupanje bolesnika u krevetu ili kupaonici</li><li>- toaleta usne šupljine</li><li>- rezanje noktiju</li><li>- uređivanje ležaja i stavljanja u odgovarajući položaj</li><li>- presvlačenje bolesnika</li><li>- mijenjanje pelena kod nepokretnih osoba</li></ul>
<b>Sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja i smanjenja pokretnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- sprečavanje dekubitusa</li><li>- vježbe aktivnog i pasivnog razgibavanja</li><li>- poboljšanje cirkulacije</li><li>- vježbe disanja – sprečavanje upale pluća</li><li>- povećanje snage i izdržljivosti bolesnika</li><li>- opuštanje</li></ul>
<b>Zbrinjavanje kroničnih rana</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- primjena suvremenih obloga za rane</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prijevoj rana (ulcus cruris, gangrena, opekline)</li> </ul>
<b>Uzimanje materijala za laboratorijske pretrage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vađenje krvi</li> <li>- uzimanje urina/ stolice/ brisa</li> </ul>
<b>Primjena parenteralne /lokalne terapije</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- davanje injekcija</li> <li>- davanje infuzija u cilju rehidracije</li> <li>- provođenje inzulinske terapije</li> <li>- primjena obloga, kapi, krema i otopina</li> <li>- nadzor nad uzimanjem propisane terapije</li> </ul>
<b>Hranjenje bolesnika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hranjenje na usta</li> <li>- hranjenje nazogastričnom sondom</li> </ul>
<b>Kontrola vitalnih funkcija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mjerenje tlaka, pulsa, tjelesne temperature</li> <li>- kontrola šećera u krvi i urinu</li> </ul>
<b>Palijativna skrb</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zdravstvena njega umirućeg bolesnika</li> </ul>
<b>Specijalna njega</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toaleta stome</li> <li>- uvođenje katetera</li> <li>- provođenje klizme</li> </ul>
<b>Pomoć i poduka članovima obitelji</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poduka o bolesnoj osobi</li> <li>- poduka o osobi s posebnim potrebama</li> </ul>

*Tablica 5.3.1. Postupci koji se provode unutar DTP-a ( Izvor: izrada autora prema CEZIH-u)*

## 6. Utjecaj na ishod pružanja zdravstvene njege u kući

Zdravstvena njega koju pružaju medicinske sestre/tehničari ima svojih posebnosti. Također ima utjecaj na ishode zdravstvene njege i uspješnost provođenja, a oni su:

- nepouzđano okruženje - loši i nesređeni obiteljski odnosi, loši higijenski uvjeti, prisustvo kućnih ljubimaca, ovisničko ponašanje u obitelji ...
- dislociranost i klimatski uvjeti - dolazak u kuću bolesnika iziskuje dodatne fizičke napore medicinskih sestra/tehničara zbog dislociranosti mjesta stanovanja i loše prometne povezanosti. Klimatski uvjeti su često nepogodni, popraćeni visokim ili niskim temperaturama, posebno ljeti kad je temperatura u automobilu preko 40 °C. [20]
- suradnja bolesnikove obitelji - potpuna prihvaćenost i preuzimanje potreba o brizi bolesnika, gdje obitelj bolesnika aktivno sudjeluje, dok s druge strane postoji neprihvatanje i odbacivanje suradnje od strane obitelji bolesnika. U tom drugom slučaju javlja se dodatan pritisak na medicinsku sestru/tehničara u postizanju pozitivnog ishoda njege.
- prilagođena komunikacija - rad sa svim dobnim skupinama iziskuje prilagodbu razini potrebne komunikacije ovisno o dobi bolesnika. Osim samog bolesnika, komunikacija se odvija i sa članovima obitelji koji sudjeluju u pružanju zdravstvene njege bolesnika.
- pružanje zdravstvene njege odmah - bolesnik se obilazi isti ili sljedeći dan od prijave za potrebom pružanja zdravstvene njege u kući. Obzirom na ozbiljnost njegovog zdravstvenog stanja, zdravstvena njega mora se pružiti u vrlo kratkom vremenu, te se bolesnika ne može staviti „na čekanje“. [21]
- educiranost - svaki bolesnik iziskuje da mu se pruži zdravstvena njega na što bolji i kvalitetniji način i da se što prije riješi njegovo stanje s pozitivnim ishodom. Ponekad bolesnik ima prevelika očekivanja ili je potrebna brza intervencija, pa medicinska sestra/tehničar mora posjedovati znanja i vještine koji omogućuju brzu intervenciju, prilagodbu i što kvalitetnije pružanje zdravstvene skrbi.
- kreativnost u rješavanju problema - često se događa da prostor u kojemu se treba pružiti zdravstvena njega nije adekvatan, tehnička sredstva i pomagala za rad nisu istovjetna onima u bolnici pa sve to otežava izvođenje zdravstvene njege kod kuće. U tom se slučaju od medicinske sestre/tehničara očekuje prilagodba i snalažljivost. [22]

## 7. Upravljanje kvalitetom zdravstvene njege u kući

Svaka osoba tijekom svojeg života u nekom trenutku ima potrebu za zdravstvenom uslugom i zdravstvenom njegom. Svoje povjerenje prepušta zdravstvenim djelatnicima, od kojih se očekuje visoka razina znanja i vještina, brza i sigurna intervencija, te kvaliteta u pružanju same zdravstvene usluge i zdravstvene njege. Kako bi se mogla prepoznati kvaliteta, mora se postaviti standard. Praćenje kvalitete te prije svega uklanjanja nedostataka i pružanje što bolje zdravstvene usluge, postiže se mjerenjem razine pružene usluge. Time se sprečava nastanak neželjenog događaja koji mogu uzrokovati negativan ishod liječenja. U središtu sustava kvalitete je uvijek bolesnik koji očekuje povoljan ishod liječenja i sigurnost kod pružanja zdravstvene njege. [23]

### 7.1. Definicije kvalitete

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), kvaliteta zdravstvenih usluga predstavlja stupanj ostvarivosti ciljeva zdravstvenog sustava koji vodi ka poboljšanju zdravlja, odgovara potrebama i očekivanjima stanovništva. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, navodi da se kvaliteta može promatrati s dvije točke gledišta, od strane bolesnika i profesionalno - upravljačkog gledišta. Kada govorimo o gledištu od strane bolesnika, oni žele kvalitetnu uslugu koja će zadovoljiti sve njihove potrebe, dok s profesionalno - upravljačkog gledišta, profesionalci žele korektno i pravilno obavljati procedure koje će im pomoći da što kvalitetnije odgovore potrebama bolesnika i ostvare zadane ciljeve u pružanju zdravstvene njege. [24] Kada govorimo o kvaliteti, možemo govoriti o donošenju odluka na temelju činjenica do kojih smo došli prikupljanjem, obradom i analizom podataka te opažanjem. Ključni atributi su profesionalni standard, struktura postupka, korištenje resursa, te poboljšanje usluga sa ciljem poboljšanja ishoda. [25] Kvaliteta se može promatrati iz širokog i uskog gledišta. Široki podrazumijeva zdravstvene djelatnike i njihovu izobrazbu, izdavanje licenca za rad, standard za opremu, financijske poticaje, administraciju i gradnju zdravstvenih ustanova, zakonodavstvo te položaj u društvu, dok usko gledište podrazumijeva konstantni nadzor nad uslugama, otkrivanje i otklanjane nedostataka, te mjere u sprečavanju ponavljanja pogrešaka. Svojstva kvalitete određuje korisnik na način da određuje što želi, kada želi, na koji način želi te po cijeni koju si može priuštiti. [26] Kvaliteta se može postići obrazovanjem, stručnošću, pristupom rada te komunikacijskim i društvenim aspektima pružatelja zdravstvene usluge. Sveobuhvatno možemo reći kako kvaliteta zdravstvene njege u kući podrazumijeva planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege

temeljenu na standardima izvrsnosti, zadovoljstvu korisnika koji primaju zdravstvenu uslugu i davatelju zdravstvene usluge. Pružatelj zdravstvenih usluga snosi odgovornost za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege u svrhu promicanja zdravlja, prevencije bolesti te skrbi za bolesne i nemoćne. [27]

## **7.2. Standard izvrsnosti**

Medicinska sestra/tehničar je taj koji pruža zdravstvenu njegu i koji nastoji na siguran način uz visoku stručnost postići pozitivan ishod liječenje bolesnika. Osim samog obrazovanja medicinskih sestara/tehničara koji pružaju zdravstvenu njegu, ustanove za zdravstven njegu nastoje postići i provoditi međunarodno prihvaćene standarde zdravstvene njege. Jedan od novijih aspekata upravljanja kvalitete jest poštivanje i pridržavanje svih kriterija definiranih smjernica. Smjernice sadržavaju detaljne i specifične upute za provođenje određenog postupka zdravstvene njege, potrebnog materijala i pribora te broj kvalificiranih osoba za izvođenje postupka u zdravstvenoj njezi. Osnovni cilj primjene smjernica je praćenje, mjerenje i unapređenje razine kvalitete. Kako bi se to omogućilo, medicinska sestra/tehničar koji izvodi postupak zdravstvene njege ima ovlaštenja da prikuplja podatke o bolesniku, analizira ih, procjenjuje stanje bolesnika, postavlja sestrinsku dijagnozu, izrađuje plan rada te postavlja krajnje ciljeve ostvarenja plana. Kvalitetna zdravstvena njega je ona koja ima cilj zadovoljiti potrebe bolesnika, koristeći dostupne resurse na najefikasniji način. Kako je važno da se kvaliteta stalno unapređuje, uvode se i metode poboljšanja kvalitete, koje mogu biti [27]:

- unutarnje - protokoli, razgovori i smjernice
- vanjske - akreditacija i certifikati

## **7.3. Implementacija sustava kvalitete**

Nositelji zdravstvenih djelatnosti u Republici Hrvatskoj obavezni su uspostaviti i održavati sustav za osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite. Zdravstvene ustanove koje imaju više od 40 radnika, moraju imati posebnu jedinicu za osiguranje kvalitete. Ona mora voditi računa o neprekidnom poboljšanju kvalitete pružane usluge. [24] Svaka zdravstvena ustanova osniva „Povjerenstvo za kvalitetu“. Zadaća Povjerenstva za kvalitetu je provođenje aktivnosti vezane za uspostavu sustava kvalitete i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite,

procjenu ispunjavanja standarda kvalitete, uspostavu sustava sigurnosti, sudjelovanje u edukaciji za poboljšanje kvalitete pružene zdravstvene njege, suradnja sa „Agencijom za kvalitetu u zdravstvu i socijalnoj skrbi“, te sudjelovanje u vanjskim provjerama kvalitete. [26] Vrlo važan pokazatelj kvalitete zdravstvene njege u zdravstvenoj ustanovi postaje i procjena i mjerenje kulture bolesnikove sigurnosti. Nadgledaju se aktivnosti pružanja sigurnosti bolesniku prilikom pružanja zdravstvene njege. Također se poduzimaju aktivnosti i mjere kontinuiranog poboljšanja radi sprječavanja neželjenih događaja a koji ujedno mogu uzrokovati negativan ishod liječenja. Standard kvalitete u zdravstvenim ustanovama u svrhu poboljšanja kvalitete, provodi se nabavkom nove opreme i pomagala, poboljšanjem infrastrukture i kroz kontinuiranu edukaciju izvršioca zdravstvenih usluga. [28] Kvaliteta usluga se prikazuje kroz standard u području raspoloživosti, dostupnosti, učinkovitosti, snalažljivosti, sigurnosti i prikladnosti pružanja zdravstvene skrbi.

#### **7.4. Bolesnikova sigurnost**

Jedna od osnovnih ljudskih potreba, je potreba za sigurnošću. Dolazak u nepoznatu i novu okolinu, zabrinutost zbog bolesti ili nemoći, strah od terapija ili dijagnostičkih postupaka stvara osjećaj nesigurnosti i straha kod bolesnika. Susretanje sa nepoznatom osobom ulijeva nepovjerenje kod bolesnika, te samim time medicinska sestra/tehničar se treba znati nositi sa takvim izazovima i stvoriti ugodan ambijent za pružanje zdravstvene njege. Pacijenti prije svega očekuju znanje i stručnost osobe koja im pruža zdravstvenu njegu, te primjenu postupka kojim će se poboljšati njihovo zdravstveno stanje. Bolesnikovom sigurnošću nastoji se minimizirati mogući neželjeni događaji i maksimizirati oporavak. [29] Kultura bolesnikove sigurnosti se definira kao produkt osobnih i grupnih vrijednosti, stavova, stručnosti, opažanja i oblika ponašanja koji određuju vještine i načine kojima se zdravstvena organizacija vodi u svojoj predanosti ostvarenja što više razine bolesnikove sigurnosti. [30] Sigurnost bolesnika nastoji se osigurati i provesti kroz niz različitih programa Svjetska zdravstvena organizacija (SZO). Primjenjuju se različite intervencije usmjerene na pacijenta, jer svaki postupak u pružanju zdravstvene njege uključuje određeni stupanj rizika od nepovoljnog događaja ili lošeg ishoda. Kvaliteta zdravstvene njege pacijenta prema SZO podrazumijeva zdravstvenu uslugu koja zadovoljava zadane ciljeve s visokim stupnjem znanja, pružateljima usluga zdravstvene njege i s dostupnim resursima nastoji ispuniti očekivanja pacijenta uz minimalni rizik od ozljeda i pogreška. [20] Prema preporukama Nacionalne agencije za sigurnost pacijenata, za ostvarenje sigurne zdravstvene njege važni su sljedeći koraci [31]:

- uspostavljanje koncepta, metoda i alata u praksi
- usredotočiti se na bolesnikovu sigurnost
- integrirati upravljanje rizicima u sustavu upravljanja
- uspostaviti sustav prikupljanja podataka i izrada izvještaja
- uključivanje bolesnika i javnosti u sustav zdravstvene zaštite
- analiziranje uzroka neželjenih događaja

## 8. Indikatori kvalitete u zdravstvenoj njezi u kući

Indikatori kvalitete su ključni pokazatelji kvalitete uspješno provedenih zdravstvenih usluga zdravstvene njege u kući, a predstavljaju brojčane i mjerljive pokazatelje kvalitete. Također služe za unapređenje poslovanja pružatelju zdravstvene njege, podizanje razine sigurnosti bolesnika i zdravstvenog djelatnika. Indikatori omogućuju dokumentiranje kvalitete zdravstvene njege, uspoređivanje i mjerenje različitih procesa, pružaju potporu u analizi mogućih poteškoća kod izvođenja zdravstvene njege i daju uvid o poboljšanju radnih procesa i kvalitete. Praćenje indikatora može pružatelju usluga zdravstvene njege dati sasvim novi pogled na vlastiti rad. Svaka medicinska sestra/tehničar može pratiti svoj rad. Način na koji pruža zdravstvenu njegu, omogućuju lakše uočavanje nedostatka ili moguće nepravilnosti i sprječava njihov nastanak, a samim time podiže razinu kvalitete pružanja same usluge. [32]

Najznačajniji indikatori kvalitete u pružanju zdravstvene njege u kući su [1]:

- priprema zdravstvene dokumentacije
- određivanje ciljeva i način provođenja zdravstvene njege
- opće stanje bolesnika:
  - integritet kože
  - broj venskih ulaska
  - stanje rane - moguće infekcije
- padovi bolesnika u kući
- zadovoljstvo bolesnika provođenjem zdravstvene njege u kući
- zadovoljstvo pružatelja zdravstvene njege
- omjer izvršenih i naplaćenih usluga zdravstvene njege u kući
- praćenje prigovora, pritužbi i pohvala za obavljanu uslugu

Kvaliteta se postiže timskim radom bez kojega ne bi postojala zdravstvena njega u kući, a ona uključuje [1]:

- usmjerenost prema pacijentu
- zdravstvenu njegu s najmanjim mogućim odstupanjima od predviđenih indikatora
- kontinuirano praćenje i poboljšanje

Za postizanje kvalitete neophodan je timski rad, no nerijetko dolazi i do problema unutar tima. Najčešći razlozi su nedostatak vremena, nedostatak kvalificiranih osoba, nedostatak motivacije, slabe plaće i slično. Ustanove za zdravstvenu njegu u kući uvidjele su važnost korištenja indikatora kvalitete u svakodnevnom radu, te su primjenom standardiziranih anketa i upitnika nastojale

utvrditi moguća odstupanja i razloge zbog kojih je do njih došlo. Najčešće se koristi Demingov procesni krug kvalitete. [33]

## 8.1. Demingov procesni krug kvalitete

Korištenjem Demingova procesnog kruga (vidi Sliku 8.1.1.) kvalitete nastoji se analizirati cjelokupna kvaliteta u pružanju zdravstvene usluge kroz četiri procesa [33]:

1. Planiranje - analiza pripreme plana, postavljanje ciljeve, potreba bolesnika, i aktivnosti za provedbu zdravstvene njege
2. Provedba - svakodnevne aktivnosti, procesi, metode i načini provedbe zdravstvene njege u realizaciji postavljenog cilja
3. Provjera - određivanje uspješnosti provođenih metoda, postupaka i procesa u zdravstvenoj njezi
4. Djelovanje - utvrđivanje nedostataka, izrada plana poboljšanja realizacije te implementacija poboljšanog modela primjene zdravstvene njege.

Slika 8.1.1. prikazuje Demingov procesni krug:



Slika 8.1.1. Demingov procesni krug kvalitete (izvor: <https://www.hr.present5.com>)



Važnost određivanja kvalitete odražava se kroz učinkovitost, efikasnost, osiguranje sredstva i pomagala za pružanje zdravstvene njege u kući, implementaciju inovacija, te napredak u pružanju usluga. [33]

## **8.2. Upravljanje vremenom i promjenama u zdravstvenoj njezi u kući**

Kada govorimo o upravljanju kvalitetom, sve veća važnost se pridodaje kvalitetnom upravljanju vremenom. Prije svega to se odnosi na učinkovito korištenje vremenskih resursa za postizanje ciljeva, učinkovitost koja ovisi o kvalitetnoj analizi situacije, postavljanju pravih ciljeva i temeljnoj razradi strategije. [2] Organizacija rada mora biti fleksibilna, u skladu sa težinom zadatka i očekivanjima. Pri tome se mora voditi računa o sposobnostima svakog pojedinca pružatelja usluga zdravstvene njege, kako bi se što kvalitetnije i u što kraćem vremenu postigli postavljeni ciljevi. Osoba koja je zadužena za organizaciju rada u pružanju zdravstvene njege, mora dobro znati kako raspodijeliti zadatke, kome i kako zadati određene poslove, te predvidjeti njihovu reakciju u određenim situacijama. Kvalitetno upravljanje vremenom kontinuirano se mora promatrati kroz krug kvalitete tj. proces analiziranja, planiranja, organiziranja, provođenja i kontrole. Cijeli proces kvalitetnog upravljanja vremenom odvija se u osam koraka, a to su [23] :

- analiza postojeće situacije
- analiza potrebnog vremena za rješavanje određenih postupaka kroz predviđanje mogućih problema
- samo procjena
- određivanje ciljeva i prioriteta
- razvijanje planova na temelju zadataka
- određivanje potrebnih resursa i vremena za realizaciju
- primjenu planova utvrđenih rasporedom (planerom)
- razvijanjem rješenja za probleme upravljanja vremenom i Re analiza

U svakodnevnom radu na terenu, kvalitetno utrošeno vrijeme i izbjegavanje praznog hoda postiže se: korištenjem plana rada na dnevnoj, tjednoj i mjesečnoj bazi, dobrom samoorganizacijom, planskim obavljanjem svakog posjeta i korištenjem pauze. Napretkom industrije, medicine i drugih grana znanosti javljaju se potrebe za novitetima te uvođenje istih. Vrlo je važno kako bi se postigla visoka razina kvalitete, da se svakodnevno prate trendovi i noviteti u području medicine, razvoj novih pomagala koja olakšavaju rad u pružanju zdravstvene njege te njihova implementacija. Kod implementacije novih načina rada, korištenja novih pomagala i sredstva rada,

moramo biti svjesni kako to iziskuje određeno vrijeme prilagodbe pružatelju usluga. Također prilagodbe se odnose na usvajanje novih načina primjene sredstva u zdravstvenoj njezi, kako bi se osigurala i dalje visoka kvaliteta u pružanju zdravstvene njege. Pojednostavljene provedbe, olakšava važnost jasne vizije onoga što se želi i na koji način će se to postići, jasno razrađenu strategiju i plan aktivnosti te sposobnost donošenja i provođenja odluka. [23]

## 9. Sestrinska dokumentacija

U zakonskim okvirima zdravstvene njege u kući nije propisana obveza vođenja sestrinske dokumentacije, no svakako se preporuča radi bolje i kvalitetnije organizacije rada medicinske sestre/tehničara.

Zakon o sestriinstvu govori da je zakonska obaveza svake medicinske sestre/tehničara koja pruža zdravstvenu njegu, vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi postupci tijekom cijelog postupka pružanja zdravstvene njege. [35] Sestrinska dokumentacija predstavlja skup podataka o pacijentovim potrebama, ciljevima, intervencijama, napretku i rezultatima zdravstvene njege pacijenta. Sadrži kronološki pregled zdravstvene njege i postignutih rezultata, osigurava kontinuitet zdravstvene skrbi i omogućava medicinskim sestrama/tehničarima da udovolje sve većim zahtjevima i očekivanjima od strane bolesnika i njihove obitelji. [34] Sestrinska dokumentacija predstavlja vezu između potreba bolesnika za zdravstvenom njegom, planiranja, pružanja i evaluacije zdravstvene njege. Važnost sestrinske dokumentacije proizlazi iz [36]:

- potrebe za pravnom zaštitom
- profesionalne odgovornosti
- standarda sestrinske prakse
- unapređenja komunikacije
- unapređenja kvalitete zdravstvene njege
- unapređenja teorijskih i praktičnih znanja i vještina
- troškova u zdravstvu
- znanstvenih istraživanja u sestriinstvu

Proces prikupljanja informacija za izradu sestrinske dokumentacije odvija se kroz četiri faze:

1. faza započinje prikupljanjem podataka. Prikupljaju se od samog bolesnika razgovorom, a ukoliko se ne mogu dobiti od njega, tada u razgovoru s bolesnikovom obitelji ili zakonskim skrbnikom. Podaci koji se prikupljaju možemo podijeliti u tri grupe izvora:
  - a. Primarni - podaci prikupljeni promatranjem, mjerenjem i intervjuom bolesnika
  - b. Sekundarni - podaci prikupljeni od strane bolesnikove obitelji ili zakonskog skrbnika
  - c. Tercijarni - analiza prijašnje bolesnikove dokumentacije kada se podaci ne mogu prikupiti iz primarnih ili sekundarnih izvora
2. faza započinje izradom plana zdravstvene njege te u dogovoru sa liječnikom obiteljske medicine dogovaraju se i planiraju dijagnostički i medicinski postupci dobivenih podataka

3. faza popraćena je sastavljanjem intervencije od strane medicinske sestre/tehničara nakon određivanja plana zdravstvene njege
4. faza predstavlja valorizaciju plana te se procjenjuje uspješnost provedbe. Ukoliko je potrebno izrađuje se novi plan zdravstvene njege. [37]

Osim samog prikupljanja podataka u pisanom obliku, sakupljaju se laboratorijski nalazi i nalazi pretraga koje su obavljene. [2] Navedeni postupci doprinose boljoj kvaliteti organizacije zdravstvene njege u kući a samim time i kvaliteti pružene usluge, što je i cilj pružanja zdravstvene njege. Prikupljanje sestrinske dokumentacije počinje nalogom liječnika opće prakse. Da bi provedba bila što uspješnija uz nalog liječnika te obaveznu dokumentaciju za bolju organizaciju posla, a samim tim i što kvalitetniju pruženu zdravstvenu njegu, potrebna je i dodatna sestrinska dokumentacija u zdravstvenoj njezi.

## **9.1. Tehnike prikupljanja podataka**

Podaci o bolesniku prikupljaju se koristeći intervju, promatranjem, mjerenjem i analizom dokumentacije. [38]

### **9.1.1. Intervju**

Kad govorimo o sestrinskoj dokumentaciji, onda se to nužno ne odnosi samo na fizički dokument jer pod istim smatramo i intervju. On je dio sestrinske dokumentacije. Vrlo je važan jer nakon naloga liječnika te kroz njegovo provođenje, dobivamo druge najvažnije informacije o stanju pacijenta te okruženju u kojem se nalazi. Njegovim pažljivim, organiziranim i sistemskim vođenjem radimo pripremu kako medicinske sestre/tehničara, obiteljskog okruženja pacijenta, tako i samog pacijenta za daljnje postupanje i radnje. Dobar intervju uz dobru suradnju okoline i samog pacijenta u okviru njegovih mogućnosti dobar je početak organizacije daljnjeg postupanja.

Intervju je socijalna vještina koja se može definirati kao profesionalno usmjeren i ciljano planirani razgovor između svih osoba koje imaju međusobno komplementarne uloge. Razlikuje se od svakodnevnog razgovora s obzirom na cilj, plan, psihološku ravnopravnost i atmosferu, a vodi se prema određenom cilju s određenim planom. [38] Faze intervjuja se mogu sumirati u 3 dijela (vidi Tablicu 9.1.1.1.).

Tablica 9.1.1.1. prikaz faza i hodograma intervjua:

<b>FAZE INTERVJUA</b>	
<b>POČETAK INTERVUJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- međusobno upoznavanje sudionika</li> <li>- objašnjavanje svrhe intervjua</li> <li>- stvaranje ugodne atmosfere</li> </ul>
<b>TIJEK INTERVJUA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- određen je unaprijed pripremljenim planom</li> <li>- prikupljanje verbalnih podataka o bolesniku</li> <li>- promatranje neverbalnog ponašanja</li> <li>- povezivanje verbalne i neverbalne komunikacije</li> </ul>
<b>ZAVRŠETAK INTERVJUA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- najava završetka</li> <li>- sažimanje rečenoga</li> <li>- mogućnost dogovora za sljedeći intervju</li> <li>- obavještanje bolesnika gdje se nalazimo za eventualna pitanja, nejasnoće ili potrebe</li> </ul>

*Tablica 9.1.1.1. Faze intervjua (Izvor: izrada autora prema Fučkar G.)*

### **9.1.2. Promatranje u procesu zdravstvene njege u kući**

Prikupljanje podataka kroz intervju jednako je važan kao i neverbalna komunikacija koja nam daje sliku o stanju pacijenta. Ponovno dolaze do izražaja znanje, vještine i praksa medicinske sestre/tehničara, jer neverbalnom komunikacijom prikuplja važne podatke o pacijentovom stanju. Tako prikupljene informacije usmjeravaju daljnjoj organizaciji rada.

Medicinska sestra/tehničar prikuplja podatke o bolesniku na temelju korištenja vidnih, slušnih, taktilnih i njušnih osjetila. Procjena je objektivna obzirom na promatranu situaciju, osobe i okolnosti u kojima se promatra bolesnik. [38] Moguća su tri pristupa koja omogućuju sustavnu procjenu bolesnikova stanja, a to su:

1. Promatranje od glave do pete - promatra se izgled i funkcija dijelova tijela, detaljno od glave do pete, a prethodi mu ocjena općeg stanja i vitalnih znakova.
2. Promatranje velikih tjelesnih sustava [39]:
  - lokomotorni
  - kardiovaskularni
  - respiratorni
  - gastrointestinalni
  - nervni
  - urogenitalni
  - promatranje psihofizičkog stanja - promatranje fiziološke i psihičke funkcije te odnos pojedinca s okolinom

### 9.1.3. Mjerenje

Nakon intervjua, neverbalne komunikacije s pacijentom i naloga liječnika, mjerenjem dolazimo do najrelevantnijeg podatka o stanju pacijenta. Kod mjerenja podataka koriste se različiti upitnici i skale procjena boli koja je prikazana na slici 9.1.3.1.. Neki od najpoznatijih su [39]:

- Glasgow koma skala za procjenu neurološkog stanja (vidi Sliku 9.1.3.2.);
- Knoll i Norton skala za procjenu sklonosti dekubitusu
- upitnik i skala za procjenu boli (vidi Sliku 9.1.3.1.)
- upitnik za procjenu smetenosti
- skala za procjenu i praćenje inkontinencije

Slika 9.1.3.1. prikazuje skalu procjene boli:



Slika 9.1.3.1. Skala procjene boli (Izvor: zdravstvo – kvaliteta.org)

Slika 9.1.3.2. prikazuje skalu za procjenu neurološkog stanja:

GLASGOW KOMA SKALA		
REAKCIJA	OPIS - VEĆI BR. BODOVA= veća svijest	SAT
Otvaranje očiju	4 spontano	
	3 na govor	
	2 na bolni podražaj	
	1 ne otvara oči	
Najbolja verbalna reakcija	5 orijentiran	
	4 smeten	
	3 neprikladno	
	2 nerazumljivo	
Najbolja motorna reakcija	1 ne odgovara	
	6 izvršava naloge	
	5 lokalizira bol	
	4 fleksija na bolni podražaj	
	3 abnormalna fleksija na bol	
	2 ekstenzija na bolni podražaj	
	1 ne reagira	

Slika 9.1.3.2. Glasgow koma skala ( Izvor: HKMS)

Dobivena mjerenja odabranim metodama od strane medicinske sestre/tehničara, vode nas do sljedećeg organizacijskog koraka pri ophođenju s pacijentom.

#### 9.1.4. Analiza prikupljenih podataka

Nakon prikupljanja podataka slijedi njihova analiza. Što su bolje odrađeni prethodno navedeni koraci to je bolja podloga za analizu podataka o pacijentu. Odabrana metoda i postupak od strane medicinske sestre/tehničara, što detaljnija analiza dovode do kvalitetnijeg zaključka o stanju pacijenta, odabiru provedbe i organizacije za što kvalitetniju zdravstvenu njegu u kući. Analiza uključuje reviziju podataka, interpretaciju i validaciju problema.

Revizija podatka se odnosi na [38]:

- sređivanje i grupiranje
- provjeravanje dosljednosti i usklađenosti
- provjeru zastupljenosti cjelovitog pristupa

Nakon završetka revizije, medicinska sestra/tehničar interpretira podatke vodeći se sljedećim pitanjima:

- odstupa li utvrđeno stanje od normalnoga?
- u slučaju odstupanja u kojem segmentu?
- što uzrokuje odstupanje?
- kako se utvrđeno stanje odražava na zadovoljstvo osnovnih ljudskih potreba?
- kakve mogu biti posljedice bez poduzimanja radnji?

Kako bi interpretacija bila točna, zahtjeva se znanje o fiziološkom, psihološkom, razvojnom, socijalnom i kulturnom aspektu ljudskih potreba. Validacija predstavlja provjeru točnosti zaključka interpretacije. Sastoji se od konzultacije medicinske sestre/tehničara sa bolesnikom i stručnim suradnicima, te postojećom dokumentacijom. U procesu validacije provjerava se postojeća dokumentacija ili drugi izvori kojima se utvrđuje [38]:

- održavaju li prikupljeni podaci holistički pristup i prihvaćeni model zdravstvene njege
- raspoložive li se dovoljnim brojem optimalnih podataka
- radi li se o problemu isključivo iz područja zdravstvene njege

## 9.2. Sestrinska anamneza

Radi što bolje i kvalitetnije provedbe zdravstvene njege u kući, poželjno je provesti sestrinsku anamnezu odnosno prikupiti sestrinsku dokumentaciju. Kroz anamnezu pacijenta dobivamo dodatne podatke o pacijentovom stanju koje nam pomažu pri donošenju daljnjih odluka odnosno postupaka pri pružanju zdravstvene njege u kući.

Sestrinska anamneza predstavlja podatke o tjelesnom, psihološkom, zdravstvenom i socijalnom statusu bolesnika. U anamnezu se unose opći i specifični podaci, a osim generalija sadrži i podatke o samostalnoj i fizičkoj aktivnosti bolesnika. Važnost točnog ispunjavanja anamneze se očituje u pravovremenom uočavanju problema i pronalasku rješenja te određivanju jasnih ciljeva u pružanju zdravstvene njege. [34] U prvom dijelu ispunjavaju se opći podaci o bolesniku: ime, prezime, spol, datum rođenja, adresa stanovanja, radni status/zanimanje, prijem u bolnicu, tko pokriva troškove (osiguranje) te podaci o izabranom liječniku opće prakse. Drugi dio se odnosi na stanje bolesnika, pokriva opći dio i fizikalni pregled, primjer sestrinskog obrasca vidljiv je na slici 9.2.1..

- opći dio se odnosi na: korištenje lijekova i pomagala (u govoru, vidu, kretanju), alergije, prehranu, fizičku aktivnost, krvožilnog sustava, stanje dišnog sustava, probave, stanje svijesti, seksualnosti i vjerska uvjerenja



- fizikalni pregled uključuje: podaci o visini, težini, izgledu kože, ekstremitetima, krvnom tlaku, tjelesnoj temperaturi [35]

Završni dio predstavlja postavljanje sestrinske dijagnoze. Vrlo je bitno da sve stavke zdravstvene anamneze budu ispunjene, kako bi se dobila cjelovita slika o stanju bolesnika. Za svako područje se stavlja križić u odgovarajuće polje, zaokružuju ponuđeni broj ili dopunjuje riječima. Kako bi se dobili točni podaci, medicinske sestre/tehničari do podataka dolaze i fizikalnim pregledom bolesnika kod kojega se pregledava boja, promjene, postojanje oštećenja i drugih anomalija na koži. Nakon utvrđivanja fizičkog stanja bolesnika, popunjavaju se podaci o stanju svijesti bolesnika te o vjerskim i seksualnim potrebama. Nakon ispunjavanja anamneze slijedi sestrinska dijagnoza koja se postavlja na temelju dobivenih podataka. Sestrinska anamneza se mora ispuniti u tijeku 24 sata. [26]

Slika 9.2.1. prikaz primjera sestrinske dokumentacije:

USTANOVA		SESTRINSKA DOKUMENTACIJA		Svijest	
Matični broj	Datum i sat prijama	Način prijama Hrv. <input type="checkbox"/> Redovni <input type="checkbox"/> Prevezba <input type="checkbox"/>		očuvana <input type="checkbox"/> somnolencija <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/>	
Ime i prezime		Adresa i br. telefona		Procjena na Glasgow koma skali.....	
Med. dijagnoza		Osoba za kontakt (ime, prezime, adresa, br. telefona)		iluzije <input type="checkbox"/> halucinacije <input type="checkbox"/> konfuzija <input type="checkbox"/> ostali poremećaj svijesti.....	
Izabrani liječnik		Planirani otpust.....		Seksualnost	
Broj hospitalizacije		kući <input type="checkbox"/> druga ustanova <input type="checkbox"/> sanitet <input type="checkbox"/> vlastiti prijevoz <input type="checkbox"/>		Prva menstruacija.....	
Alergije DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Obitelj udomitelja-ekstrikna		Zadnja menstruacija.....	
Procjena samostalnosti		2 - ovisan u višem stupnju <input type="checkbox"/>		Osobitosti vezane uz spolnost.....	
Samozbrinjavanje		3 - ovisan u visokom stupnju <input type="checkbox"/>		Aktivnosti koje utječu na zdravlje	
Fizičke aktivnosti		4 - potpuno ovisan <input type="checkbox"/>		Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Oprema i pomagala		eliminacija - 1, 2, 3, 4		Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Podnošenje napora		oblačenje - 1, 2, 3, 4		droge.....	
Prehrana		sjedenje - 1, 2, 3, 4		neprivaćanje <input type="checkbox"/> prilagodivanje <input type="checkbox"/> privaćanje <input type="checkbox"/> ostali oblici ponašanja.....	
Apetit		okretanje - 1, 2, 3, 4		Prihvatanje zdravstvenog stanja	
Gutanje		ostalo		Vjerska uvjerenja	
Sluznica		ostala pomagala i osobitosti		ograničenja.....	
Eliminacija stolice		ostala pomagala i osobitosti		Samopercepcija sigurnost, strah.....	
Eliminacija urina		ostala pomagala i osobitosti		Doživljavanje hospitalizacije	
Znojenje		ostala pomagala i osobitosti		FIZIKALNI PREGLED pregledavanje	
Iskašljavanje		ostala pomagala i osobitosti		Puls/min	
Perceptivne sposobnosti		ostala pomagala i osobitosti		Temperatura i način mjerenja	
Sluh		ostala pomagala i osobitosti		Krvni tlak: D:R.....	
Bol		ostala pomagala i osobitosti		L:R.....	
Govor		ostala pomagala i osobitosti		Disanje i osobitosti	
Spavanje		ostala pomagala i osobitosti		Koža - izgled i promjene	
		ostala pomagala i osobitosti		Glava i vrat	
		ostala pomagala i osobitosti		Brdeni skala - bodovi	
		ostala pomagala i osobitosti		Toraks	
		ostala pomagala i osobitosti		Abdomen	
		ostala pomagala i osobitosti		Donji ekstremiteti	
		ostala pomagala i osobitosti		Donji ekstremiteti	
		ostala pomagala i osobitosti		Terapija koju uzima:	
		ostala pomagala i osobitosti		Znanje o:	
		ostala pomagala i osobitosti		bolesti	
		ostala pomagala i osobitosti		stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/>	
		ostala pomagala i osobitosti		djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	
		ostala pomagala i osobitosti		Rizik za: pad <input type="checkbox"/> povrede <input type="checkbox"/>	
		ostala pomagala i osobitosti		infekciju <input type="checkbox"/> ostalo.....	
		ostala pomagala i osobitosti		terapiji	
		ostala pomagala i osobitosti		stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/>	
		ostala pomagala i osobitosti		djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	
		ostala pomagala i osobitosti		stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/>	
		ostala pomagala i osobitosti		djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	
		ostala pomagala i osobitosti		načinu života	
		ostala pomagala i osobitosti		Sestrinske dijagnoze	
		ostala pomagala i osobitosti		Osobitosti o pacijentu:	
		ostala pomagala i osobitosti		Legend:	
		ostala pomagala i osobitosti		D=Dekubitus	
		ostala pomagala i osobitosti		E=Edem	
		ostala pomagala i osobitosti		H=Hematom	
		ostala pomagala i osobitosti		R=Oštećenja tkiva	
		ostala pomagala i osobitosti		Katereti	
		ostala pomagala i osobitosti		CVK-mjesto:.....	
		ostala pomagala i osobitosti		Dat. uvođenja:.....	
		ostala pomagala i osobitosti		Tko je uveo:.....	
		ostala pomagala i osobitosti		I.V. kanila, mjesto:.....	
		ostala pomagala i osobitosti		Izgled:.....	
		ostala pomagala i osobitosti		Naznačena sonda:.....	
		ostala pomagala i osobitosti		DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
		ostala pomagala i osobitosti		Tubus	
		ostala pomagala i osobitosti		Potpis med. sestre, broj registra	

Slika 9.2.1. Obrazac sestrinske dokumentacije (Izvor: preuzeto sa HKMS)

### 9.3. Planovi zdravstvene njege

Nakon provedenih postupaka dolazimo do planiranja zdravstvene njege pacijenta. Na temelju utvrđenog stanja postavljaju se prioriteta, ciljevi, odabir intervencija i sama izrada plana provedbe zdravstvene njege, prikazan u Dijagramu 9.3.1.. Plan zdravstvene njege predstavlja

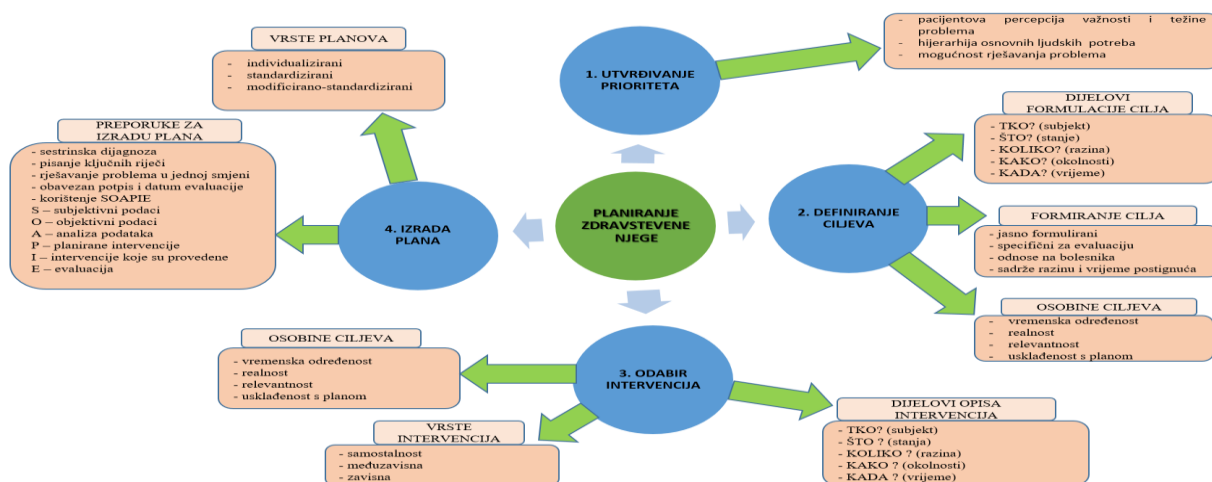
tako zvani organizacijski stup provođenja planiranih radnji u zdravstvenoj njezi u kući te omogućuje kvalitetu provedbe istih.

On predstavlja pravno valjanu medicinsku dokumentaciju, koja sustavno prikazuje vrstu, način i tijek pružanja zdravstvene njege i evaluaciju učinjenog. Planovi zdravstvene njege se mogu podijeliti na individualizirane, standardizirane i modificirano - standardizirane [3]:

- individualizirani plan je prazan formular u kojemu medicinska sestra/tehničar unosi sestrinsku dijagnozu, cilj, planirane intervencije i evaluaciju. Glavne prednosti su:
  - individualizirani pristup
  - nema suvišnih podataka
  - poticanje kreativnosti medicinske sestre/tehničara
  - osiguranje kontinuiteta zdravstvene njege
- standardizirani plan je unaprijed izrađen plan koji sadrži popis problema, ciljeva i intervencija. U planu je naveden popis svih mogućih dijagnoza, ishoda i intervencija. Glavni nedostatak takvog plana je što nije prilagođen individualnim potrebama bolesnika.
- modificirano - standardizirani program je unaprijed izrađen program s mogućnošću prilagodbe potrebama pacijenta. Podrazumijeva upisivanje specifičnih potreba, ciljeva i intervencija oko pacijenta.

U praksi se najčešće koristi individualizirani plan zbog individualnog pristupa bolesnicima i boljem pružanju zdravstvene njege. Zahtjeva visoku razinu znanja, vještina, iskustva i vremena za izradu. [3] Svojim znanjima i iskustvom medicinska sestra/tehničar usmjerava sve resurse prema što kvalitetnijem planiranju i provedbi zdravstvene njege, a čemu pridonosi prikupljena sestrinska dokumentacija.

Dijagram 9.3.1. prikazuje postupke procesa zdravstvene njege:



Dijagram 9.3.1. Proces zdravstvene njege (Izvor: izrada autora prema Prlič N.: Opća načela zdravlja i njege, Školska knjiga, Zagreb 2014)

## **10. Poboljšanje kvalitete zdravstvene njege u kući**

Kako bi se poboljšala kvaliteta i organizacija rada pružanja zdravstvene njege u kući, potrebno je kvalitativno iskoristiti sve dostupne resurse kao što su znanje, učenje, vještine, sposobnosti, motivacija, valorizacija te sustav podrške i pomoći. Da bi se to postiglo, mora se izgraditi kvalitetna organizacijska struktura unutar koje svaka osoba koja pruža zdravstvenu njegu mora biti prije svega educirana i motivirana za što kvalitetnije obavljanje zdravstvene njege u kući. Motivacija je ključan faktor za uspješno obavljanje zdravstvene njege od strane medicinske sestre/tehničara, jer uključuje motiviranost plaćom. [32] Ukoliko je medicinska sestra/tehničar adekvatno nagrađena (plaćena) za svoj rad, veća je motiviranost za dodatnim znanjem, vještinama i sposobnostima koje su neophodne u kvalitetnom pružanju zdravstvene njege. Drugi aspekt poboljšanja kvalitete zdravstvene njege u kući je svakako informatizacija i uključivanje tehnologije. Prije svega to se odnosi na sustav e- zdravstvene njege. Nužno je kontinuirano ulaganje u novu tehnologiju, inovativne ponude i pomoći pružatelju usluga zdravstvene njege u kući. Djelatnost zdravstvene njege u kući mora biti prepoznata kao kvalitetan, ekonomski poželjan i isplativ partner od strane Ministarstva zdravlja i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. [32]

### **10.1. Sustav e-zdravstvene njege**

Informatizacija zdravstvene dokumentacije postaje nužan uvjet za pružanje kvalitetne zdravstvene njege u kući. Podrazumijeva uvođenje tehnologije u zdravstvo te elektroničko dokumentiranje. Uvođenjem e-zdravstvene njege nastoji se smanjiti uloženo vrijeme i napor u dokumentiranje cjelokupne zdravstvene njege. Time se nastoji povećati kvaliteta dokumentiranja i pružanja zdravstvene usluge, standardizacija te poboljšanje komunikacije unutar tima. Glavna prednost je smanjivanje grešaka, poboljšavanje standarda u pružanju usluga, te povećanje produktivnosti i smanjenje vremena za unos i prikupljanje podataka. [39] Cilj uvođenja sustava e- zdravstvene njege je standardizacija zdravstvene njege kroz korištenje istih postupaka i dijagnoza za njezino pružanje pacijentima, te lakše izvještavanje drugim nadležnim ustanovama. Kako bi se implementiralo e- zdravstvo, a samim time i e-njega potrebna je priprema, koja uključuje [39]:

- ustrojavanje sustava

- uključivanje svih medicinskih sestara/tehničara pružatelja usluga zdravstvene njege bolesnicima
- edukacije
- opremanje računalnom opremom
- povezivanje svih ustanova kojima se dostavlja dokumentacija o zdravstvenoj njezi
- uspostava računalne infrastrukture
- informatičko rješenje koje objedinjuje sve procese pružanja zdravstvene njege koje je univerzalno te se neprekidno nadograđuje
- formiranje stručnih timova koji vode brigu o informatičkoj infrastrukturi
- formiranje stručnih timova za planiranje, organiziranje i kontrolu primjene informatizacije zdravstvene njege

U Republici Hrvatskoj naglašena je potreba za centraliziranjem informatičkog sustava. Rješenje je sustav koji se naziva CEZIH koji se primjenjuje u velikom opsegu od 2011 godine. CEZIH je skraćenica za Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske. Predstavlja središnji sustav pohrane zdravstvenih podataka i informacija za njihovu standardiziranu obradu na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Povezuje HZZO, ljekarne, zdravstvene institucije, laboratorije i ugovorene privatne prakse. Zdravstveni kartoni osiguranih osoba su elektronički. Dostavljaju se elektroničkim putem u središnji dio integralnog informacijskog sustava, gdje su i pohranjeni. [39] Sustav se temelji na najmodernijoj tehnologiji u grani informatike, tj. na programskim rješenjima. Funkcioniraju na principu programa kao usluge, pristupa podataka koji se nalaze u takozvanom „oblaku“ u kojem se pohranjuju, te korištenja svih uređaja od klasičnih do prijenosnih računala, tableta i mobitela. Podaci sustava se nalaze na licenciranom web poslužitelju, a pristupa im se sa bilo kojeg računala ili mobitela. Sigurnost podataka je osigurana SSL protokolom (eng. Secure Sockets Layer, tj. slobodno prevedeno sigurnosni sloj utikač) koji zahtjeva certifikat i dodatnu enkripciju podataka kako ne bi došlo do zlouporabe sustava i podataka. Sustav se sastoji od devet funkcionalnih cjelina koje su prikazane u Tablici 10.1.1.

Tablica 10.1.1. prikazuje cjeline i hodogram CEZIH-a:

<b>FUNKCIONALNE CJELINE CEZIH-a</b>	
<b>Početna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oglasna ploča za internu komunikaciju</li> <li>- obavijesti/novine, nove zakonske regulative</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- komunikacija sa djelatnicima razvoja</li> <li>- korisnička podrška</li> </ul>
<b>Bolesnici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unos i ažuriranje podataka o bolesnicima</li> <li>- popis bolesnika po kriterijima</li> <li>- sistematizacija bolesnika</li> </ul>
<b>Zdravstvena njega</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- popis vrsta njege</li> <li>- vođenje dokumentacije o kompletnoj njezi</li> </ul>
<b>Planovi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vođenje planova zdravstvene njege</li> <li>- izrada hodograma za zdravstvene djelatnike na terenu</li> <li>- planer termina pružanja zdravstvene njege</li> <li>- evidencija izvršenja planova zdravstvene njege</li> </ul>
<b>HZZO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prikupljanje svih podataka</li> <li>- vođenje svih aspekata poslovanja</li> </ul>
<b>Poslovanje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vođenje komercijalnih aspekta poslovanja</li> </ul>
<b>Izvještavanje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- izvještaji prema funkcijama</li> </ul>
<b>Akreditacija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- praćenje svih procedura</li> <li>- praćenje potrebnih dokumenata</li> <li>- akreditacija zdravstvenih ustanova</li> </ul>
<b>Arhiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vođenje digitalne arhive cjelokupne dokumentacije</li> </ul>

*Tablica 10.1.1. Funkcionalne cjeline CEZIH-a (Izvor: izrada autora prema CEZIH-u)*

## **10.2. Upravljanje ljudskim resursima**

U današnje vrijeme zadovoljstvo korisnika usluga je odraz kvalitete pružene zdravstvene usluge. Kako bi se ostvarila konkurentna prednost te naklonjenost i povjerenje korisnika usluga mora se neprestano ulagati u pružatelja usluge zdravstvene njege u kući. Stalno obrazovanje i usavršavanje medicinski sestra/tehničara je ključno za pružanje kvalitetne i pravovremene zdravstvene njege u kući te prati trendove na tržištu i u koraku je s konkurencijom. Znanje koje je stečeno kroz školsku naobrazbu nije više dovoljno upravo zbog ubrzanog životnog stila, zbog noviteta u području zdravstva, napredovanja medicine, uvođenja novih pomagala i resursa kojim se olakšava zdravstvena njega. Za svakog pružatelja zdravstvene njege u smislu institucije, vrlo je važno dobro upravljanje ljudskim resursima koje podrazumijeva [40]:

- koordiniranje rada
- nadziranje pružanja zdravstvene njege
- analiziranje potreba za ljudskim resursima
- ulaganje u edukaciju zaposlenika
- vođenje brige o kvaliteti pružanja zdravstvene njege
- analiza kvalitete pružene usluge
- praćenje trendova i napretka u području zdravstva i pružanja njege u kući
- informatizacija i naobrazba zaposlenika.

Kako bi se to postiglo, potrebno je imati organizacijsku jedinicu za ljudske resurse, koja izrađuje metodologiju rada, prikuplja i analizira podatke o radu zaposlenih, organizira rad, raspodjeljuje zadatke i sistematizira rad uz pomoć informatičkih rješenja. Danas sve važniju ulogu ima analiza radnog učinka i potreba za obavljanje zdravstvene njege. Kako bi se pružala kvaliteta potrebno je da organizacijska jedinica za upravljanje ljudskim resursima stalno ima na raspolaganju informacije vezane za zdravstvene djelatnike. Zdravstveni djelatnici su pružatelji usluga zdravstvene njege koji se svojim znanjima, kompetencijama, vještinama i sposobnostima prilagođavaju različitim situacijama, u svrhu što efikasnijoj rasporedili posla ovisno o težini zadatka. Nakon obavljene zdravstvene njege potrebno je analizirati tijek, ostvarenje zadanih ciljeva, vrijeme potrebno za realizaciju te poteškoće i probleme sa kojima su se susreli pružatelji tijekom procesa pružanja zdravstvene njege. Takva cjelovita slika pokazuje razinu uspješnosti provođenja, ali i ono važnije, nedostatke koji proizlaze kako bi ih se u budućnosti izbjeglo. Analiza potreba je važan izvor informacija. Kroz nju se utvrđuju potrebe i sadržaji za daljnju edukaciju, definira potrebna znanja, vještine, sposobnosti te druge individualne karakteristike. Analiza individualnih vještina, znanja i sposobnosti svakog pružatelja zdravstvene usluge njege u kući daje uvid u potrebe za edukacijom i daljnjim obrazovanjem, kao i segment u kojoj je ona potrebna. Bitna su dva aspekta [28]:

- organizacijski – daje opći okvir određujući opće potrebe i smjer obrazovanja koji je važan za opću organizaciju i raspodjelu poslova te njihovo učinkovito obavljanje
- poslovni – pokazuje koja znanja i vještine su potrebne za izvršenje specifičnih zadataka kod pružanja zdravstvene njege, te pokazuje vještine i kompetencije koje su potrebne ovisno o razini složenosti zadatka

Kod analize uspješnosti provedbe zdravstvene njege, prije svega gledaju se individualna rješenja problema, ispunjenje krajnjih ciljeva bolesnika, način i vrijeme provedbe, znanja i vještine koje se koriste. Izvanredne situacije i problematika su najbolji pokazatelj snalažljivosti i prezentiranja

znanja i vještina koje pojedinac posjeduje. U organizaciji je to od velike važnosti jer se na taj način smanjuju troškovi, optimalno se raspoređuju resursi i zaposlenici. [28]

### **10.2.1. Motivacija**

Zadovoljstvo pružatelja zdravstvene njege u kući dobiva sve veći značaj. Nagrada u obliku priznanja za adekvatno pružanje zdravstvene njege je plaća. Motiviranost zaposlenika se iskazuje nagrađivanjem i ulaganjem u zaposlenike. Ulaganje se prije svega odnosi na edukacije, seminare, dodatnu izobrazbu i sl. Kada je zaposlenik zadovoljan s plaćom i kad vidi da se njegovo znanje i vještine cijene, tada će on još više napora uložiti u što kvalitetnije pružanje usluga te daljnju edukaciju. Sama plaća nije jedini motivator kod zaposlenika. Ugodna atmosfera za rad, poslodavac koji cijeni i poštuje svoje zaposlenike, koji ulaže u daljnju izobrazbu i edukaciju su također motivatori da pružatelji usluga (zaposlenici) što bolje pružaju zdravstvenu njegu u kući. [23]

### **10.2.2. Informatizacija**

Prikupljanje i evidencija podataka od posebnog je značaja u svim fazama procesa pružanja zdravstvene njege. Dostupnost podataka o pacijentu je od iznimne važnosti. Pravodobno pronalaženje ranije pohranjenih informacija o pacijentu ima veliki utjecaj na kvalitetu procesa zdravstvene njege u smislu poboljšanja kvalitete usluge. Da bi se to postiglo potrebna je informatizacija zdravstvene njege koja podrazumijeva proces. Njime se olakšava protok, pristup i spremanje informacija o pacijentu, te utječe na uspješnost upravljanja zdravstvenom njegovom. Informatizacija omogućuje dobar pregled informacija potrebnih za planiranje i provođenje zdravstvene njege u kući. [41] Uvođenje informacijskog sustava koji ujednačeno i sistematizirano djeluje kod svih pružatelja zdravstvenih usluga iziskuje osnovnu razinu informatičkog znanja. Važno je omogućiti zaposlenicima edukaciju rada na kompjuteru te aplikacijskim rješenjima (CEZIH) kako bi dokumentacija o pružanju zdravstvene njege bila jedinstvena i standardizirana kod svih. Poznavanje rada na CEZIH-u važno je za pružatelje zdravstvene usluge zbog standardizacije svih procesa u pružanju zdravstvene njege. [39]

### 10.3. Dostupnost zdravstvene njege u kući u Hrvatskoj

Zdravstveni sustav je složen i kompleksan, a njegovi sudionici (pacijenti, zdravstveni djelatnici, ugovaratelji usluga i pružatelji usluga) često imaju različite i neusklađene motive za pružanjem zdravstvene njege. Neke od značajnih barijera su financijska situacija bolesnika, stupanj obrazovanja, pružanje zdravstvene njege na nivou kvalitete, vjerska uvjerenja, vanjska politika, slabo razvijen prometni sustav u pojedinim područjima, geografska povezanost, sustav osiguranja i pokrivanje troškova lijekova i terapija, ograničenja u primjeni inovativnih liječenja. Barijere možemo podijeliti u četiri skupine [42] prikazane u Dijagramu 10.3.1.:

Dijagram 10.3.1. prikazuje barijere kod dostupnosti zdravstvene njege u kući:



Dijagram 10.3.1. Skupina barijera u pružanju zdravstvene njege (Izvor: izrada autora prema a *Expert Panel on effective ways of investing in Health*)

1. Na razini bolesnika:
  - različite komunikacijske vještine
  - različiti karakteri i stavovi o zdravlju, zdravstvenoj pismenosti i shvaćanju zdravstvene njege
  - različiti dohodovni razredi i financijska neovisnost
  - različito iskustvo
2. Na razini pružatelja zdravstvene njege:
  - karakteristike zdravstvenih djelatnika
  - kvaliteta i veličine zdravstvenog sustava
  - razina znanja, obrazovanja, vještine i sposobnosti



- motivacija zdravstvenih djelatnika
3. Na razini zdravstvenog sustava:
- organizacija rada
  - dostupnost sustava bolesnicima, nema diskriminacije
  - osigurana infrastruktura i oprema
  - osigurani ljudski resursi
4. Na razini ostalih javnih sustava:
- fiskalna politika
  - socijalna davanja
  - razina zaposlenosti/ nezaposlenost
  - prometna politika [42]

Prema istraživanju EU-SILC-a (eng. *Statistics on Income and Living Conditions*, Statistike EU o dohotku i životnim uvjetima ), u Hrvatskoj je 1,9% stanovnika Hrvatske (cca 80 000 soba) nezadovoljno s pružanjem zdravstvene njege. Većina ispitanika su osobe koje žive u ruralnom području, slabe prometne povezanosti, nižeg stupnja obrazovanja te nezaposlene osobe [43]. Uklanjanje barijera se postiže uspostavom funkcionalne zdravstvene skrbi, koja podrazumijeva profesionalnu, kliničku, organizacijsku i sistemsku integraciju. Potrebno je povezati financije, informatizaciju, organizaciju i upravljanje kako bismo stvorili kvalitetan sustav zdravstvene njege. Tako povezan sustav podržava i koordinira svim segmentima, od ljudskih potencijala, zdravstvene politike, financijskog upravljanja do informatizacije i poboljšanja kvalitete. [42]

#### **10.4. Zdravstvena njega u kući za vrijeme pandemije COVID - 19**

Obzirom na novonastalu situaciju vezanu za pojavu pandemije COVID – 19, zdravstvena njega u kući funkcionira uz dodatne mjere opreza. Nepokretnim i teško oboljelim pacijentima i dalje treba odgovarajuća zdravstvena njega, pa je neophodno njezino provođenje. [44] Prema uputi Kriznog stožera Ministarstva zdravstva, date su smjernice za provođenje zdravstvene njege u kući. Navode da se zdravstvena njega i terapija ne smiju uskratiti pacijentima u samoizolaciji kao ni pozitivnim pacijentima. Posebno ukoliko se radi o neodgodivim postupcima prema procjeni liječnika koji je uslugu indicirao. Prije dolaska u kuću bolesnika potrebno je dogovoriti sljedeće:

- točno vrijeme dolaska
- zamoliti članove obitelji da prozrače prostorije u kojima boravi bolesnik
- zamoliti ukućane da ne prilaze zdravstvenom djelatniku na manje od dva metra

- obavezno nošenje maska svih ukućana i bolesnika za vrijeme pružanja zdravstvene njege
- obavezno nošenje zaštitne opreme - medicinska maska, vizir, rukavice, zaštitna pregača/ogrtić
- informirati se o febrilitetu bolesnika i ukućana prije dolaska, te ukoliko netko ima povišenu tjelesnu temperaturu, u dogovoru sa liječnikom koji je indicirao njegu odgoditi uslugu koja nije hitna [44]

Prema preporuci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz poštivanje preporučenih mjera obavezna zaštitna oprema koja se koristi prilikom pružanja zdravstvene njege u kući, ovisi o statusu bolesnika i vrsti zahvata prikazana je u Tablici 10.4.1.. [35]

Tablica 10.4.1. prikazuje upute kriznog stožera za vrijeme COVID-a:

<b>CILJANO OSOBLJE:</b>	<b>VRSTA AKTIVNOSTI:</b>	<b>ZAŠTITNA OPREMA:</b>
Pacijenti sa respiratornim simptomima	Bilo koja aktivnosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prostorna udaljenost barem 1 metar</li> <li>- medicinska maska</li> <li>- dezinfekcija ruku</li> </ul>
Pružatelj zdravstvene njege u kući	Pri ulasku u prostoriju bolesnika, ali bez pružanja njege-izravnog kontakta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medicinska maska</li> <li>- dezinfekcija ruku</li> </ul>
Pružatelj zdravstvene njege u kući	Pri pružanju izravne njege	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medicinska maska</li> <li>- zaštitne rukavice</li> <li>- pregača</li> </ul>
Zdravstveni djelatnik	Izravna zdravstvena njega	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medicinska maska</li> <li>- zaštitne rukavice</li> <li>- ogrtač</li> <li>- zaštita za oči</li> <li>- dezinfekcija ruku</li> </ul>

*Tablica 10.4.1. Izrada autora prema uputama Kriznog stožera Ministarstva zdravstva RH*

## 11. Zaključak

Zdravstvena njega u kući predstavlja obaveznu zdravstvenu zaštitu, te na nju imaju pravo svi osiguranici Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Ostvaruje se na temelju zahtjeva izabranog liječnika opće medicine i odabranog liječnika povjerenstva HZZO-a. Medicinska sestra/tehničar je pružatelj usluge zdravstvene njege. Oni pružaju zdravstvenu njegu prema unaprijed definiranim uputama i stručnim nadzorom liječnika opće medicine. Svaka osoba kojoj se pruža zdravstvena njega u kući očekuje od svojeg pružatelja zdravstvene usluge, da posjeduje znanje, vještine i sposobnosti kako bi što kvalitetnije pružala zdravstvenu njegu. Osim same kvalitete pružene zdravstvene njege u kući, važan je i odnos medicinske sestre/tehničara sa obitelji i ukućanima, jer osim psihičke potpore, medicinska sestra/tehničar daju upute obitelji kako postupati sa bolesnicima, kako im olakšati te kako se pravilno odnositi prema njima u smislu njegovanja i potpore. Zdravstvena njega ima važnu ulogu u sustavu zdravstvene skrbi, jer smanjuje cjelokupne troškove koji bi nastali ako bi izostala kontinuirana i pravovremena zdravstvena skrb. Organizacijska struktura i upravljanje ljudskim resursima su važan segment u odrazu kvalitete. U današnje vrijeme nije dovoljno da medicinske sestre/ tehničari koji pružaju zdravstvenu njegu imaju samo određeni stupanj znanja i vještina, nego je potrebno neprestano ulagati u znanje, razvijati vještine te stvoriti dobre temelje za pravovremeno reagiranje i snalaženje u različitim situacijama. Komunikacijske vještine su bitne za stvaranje ugone u kući gdje se pružaju usluge i u razumijevanju potreba bolesnika od strane njegove obitelji i njih samih. Kako bi se kvaliteta mogla mjeriti javila se potreba za standardizacijom cjelokupnog procesa zdravstvene njege u kući. Sistematizacija procesa, uvođenje jedinstvene dokumentacije i provođenje jedinstvenih postupaka, omogućila je brže pristupanje informacijama, jedinstvenu pohranu podataka o bolesniku, stvaranje mreže povezanih zdravstvenih i specijalističkih ustanova, te je dala jednu sasvim novu sliku u pružanju zdravstvene njege u kući. Barijere i nezadovoljstva koja se javljaju najčešće su povezana sa niskim stupnjem znanja, razumijevanja, komunikacijskih vještina, ali i vanjskih čimbenika, kao što su financije, geografska smještenost, socijalni uvjeti i političko okruženje. Samo neprestano prikupljanje podataka, analiziranje, sistematizacija, organiziranje, informatizacija, implementacija nove tehnologije i znanja, samo procjena, edukacija i neprestano učenje mogu postaviti visoki nivo kvalitete pružanja zdravstvene njege u kući.

## 12. Literatura

- [1] V. Mrzljak: Zdravstvena njega bolesnika u kući, Zagreb, 2016.
- [2] S. Čukljek: Osnove zdravstvene njege, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Zagreb, 2005.
- [3] N. Prlić: Opća načela zdravlja i njege, Školska knjiga, Zagreb, 2014.
- [4] K. Demarin: Povijest medicine i sestrinstva s osnovama medicinske etike: priručnik za učenike, Školska knjiga, Zagreb, 1985.
- [5] G. House: Home for Aged Women, Simmons College, Beatley Library, CC 13, 2016.
- [6] S. Franković, Z. Kralj, T. Glavaš, B. Jurinec: Povijest Hrvatskog sestrinstva, Sestrinski glasnik, Vol. 23, No 2, 2018.
- [7] Z. Mojsović: Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Zagreb, 2007.
- [8] <https://hzzo.hr/NjegaUgovorena122020> dostupno 02.06.2021.
- [9] S. Šepec: Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi, Hrvatska komora medicinskih sestra, 2010.
- [10] Narodne Novine: Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske, 29.srpanj 2003., NN 121/2003.
- [11] Narodne Novine: Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 14. srpanj 2010., NN 88/10, 2010.
- [12] N.J. Shariff: Empowerment model for nurse leaders' participation in health policy development: an east African perspective, BMC Nursing, Vol 14, Arc No 31, 2015.  
Dostupno na <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0078-6>, 20.04.2021.
- [13] S. Kalauz: Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma, Pergamena, Zagreb, 2011.
- [14] R. Eldar: Vrsnoća medicinske skrbi, Medicinska naklada, Zagreb, 2003.
- [15] V. Cindrić, K. Cazin, R. Volkmer Starešina, I. Piščenec, A. Letić: Otvaranje samostalne sestrinske djelatnosti, Sestrinski glasnik, Vol. 20, No 3, 2015.

- [16] Ministarstvo znanost, obrazovanja i sporta, Zagreb: Zakon o Hrvatskom kvalifikacijskom okviru, 2013.
- Dostupno na: [https://www.azvo.hr/images/stories/novosti/Zakon o HKO-u.pdf](https://www.azvo.hr/images/stories/novosti/Zakon%20o%20HKO-u.pdf), 21.6.2021.
- [17] Narodne Novine: Zakon o Hrvatskom klasifikacijskom okviru, 27. veljače 2021., NN 22/13, 41/16, 64/18, 47/20, 20/21.
- [18] V. Mrzljak, J. Plužarić, G. Žarković, D. Ban, S. Švarc: Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući, HKMS, 2019.
- [19] T. Strizrep: Dijagnostičko – terapijske skupine, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2009.
- [20] A. Scott, M. Kirwan, A. Matthews, D. Lehwaldt, R. Morris, A. Staines: Medicinsko osoblje u stresnom radnom okruženju, Izvješće o RN4CAST istraživanju u Irskoj 2009.-2010.
- [21] D. Gutić: Upravljanje zadovoljstvom i odnosima s pacijentima, Grafika d.o.o., Osijek, 2015.
- [22]: [https://www.qni.org.uk/wpcontent/uploads/2016/09/2020\\_vision\\_web\\_2014.pdf](https://www.qni.org.uk/wpcontent/uploads/2016/09/2020_vision_web_2014.pdf), dostupno 10.06.2021.
- [23] Agencija za kvalitetu i akreditacija u zdravstvu: Priručnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, Zagreb, 2011.
- [24] Narodne Novine: Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, 4.studeni 2011., NN 124/2011.
- [25] R. Ostojić, V. Bilas, S. Franc: Unapređenje kvalitete sustava zemlja članica Europske unije i Republike Hrvatske, Zagreb, Poslovna izvrsnost, Vol. 6, No 2,2012. 2012.
- [26] American Nurses Association: Nursing Informatics, Maryland, Maryland, 2010.
- [27] <http://aaz.hr/sigurnost>, dostupno 04.05.2021.
- [28] J. Britvić: Moderni sustav upravljanja organizacijom, Praktični menadžment: stručni časopis za teoriju i praksu menadžmenta, Vol. 2, No 1, 2011.
- [29] S. Čukljek: Sigurnost pacijenata u suvremenoj zdravstvenoj njezi, Organizacijski odbor Zdravstvenog veleučilišta, Zbornik radova: Sestrinstvo sigurnost i prava pacijenata. Zdravstveno veleučilište Zagreb. Foto Soft, 2006.

- [30] I. Šklebar: Osobitosti kulture bolesnikove sigurnost, Izvorni znanstveni članak, Opća bolnica Bjelovar, Bjelovar, 2015
- [31] Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske: Nacionalni program za sigurnost pacijenata 2019-2023.
- [32] A. Ovčina, S. Izetbegović, E. Eminović: Indikatori kvalitete i sigurnosti u zdravstvenoj njezi, 2013.
- [33] <https://www.svijet-kvalitete.com/>, dostupno 02.07.2021.
- [34] F. O'Neill, C. Gallagher: Documentation Guidelines for nursing staff., March 2015.
- [35] Narodne Novine: Zakon o sestrinstvu, 29. srpanj 2003., NN 121/03, 117/08, 57/11
- [36] Mc. Broderick, A. Coffey: Person centred care in nursing documentation, International Journal of Older People Nursring, Vol. 8, December 2013.
- [37] Narodne Novine: Pravilnik o sestrijskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, 2011., NN 121/03, 117/08, 57/11
- [38] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.
- [39] CEZIH. Dostupno na <http://www.cezih.hr> 06.04.2021.
- [40] S. Kalauz: Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2008.
- [41] P. Carayon, R. Cartmill, MA. Blosky i sur.: ICU nurses' acceptance of electronic health records, J Am Med Inform Assoc 2011.
- [42] P. P. Baros: Introduction to the Expert Panel on Effective ways of investing in Health, Report on Access to Health Service sin the European Union, European Journal of Public Health, Vol. 31, No 3, 2016.
- [43] J. Grimshaw, R. Thomas, G. MacLennan.: Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies, National Center for Biotechnology Information, Health 2004.
- [44] [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages) dostupno 30.4.2021

## **Popis slika**

Slika 5.1.1. Vađenje krvi.....	st.10
Slika 5.1.2.Stoma.....	st.10
Slika 5.1.3.Terapija kisikom.....	st.11
Slika 5.1.4. Kupanje dio zdravstvene njege terminalnog bolesnika.....	st.11
Slika 5.2.1.Primjena klizme.....	st.12
Slika 5.2.2. Dekubitus.....	st.12
Slika 5.2.3. Dekubitus.....	st.12
Slika 5.2.4.Nazogastrična sonda.....	st.13
Slika 8.1.1.Demingov procesni krug kvalitete.....	st.21
Slika 9.1.3.1.Skala procjene boli.....	st.27
Slika 9.1.3.2.Glasgow koma skala.....	st.28
Slika 9.2.1 Obrazac sestrinske dokumentacije.....	st.30

## **Popis tablica**

Tablica 3.3.1. Razine ishoda učenja prema HKO-mu.....	st.6
Tablica 5.3.1. Postupci koji se provode unutar DTP-a.....	st.14
Tablica 9.1.1.1. Faze intervjua.....	st.26
Tablica 10.1.1. Funkcionalne cjeline CEZIH-a.....	st.35
Tablica 10.4.1. Izrada autora prema uputama Kriznog stožera Ministarstva zdravstva RH.....	st.40



## **Popis dijagrama**

Dijagram 9.3.1. Proces zdravstvene njege.....st.32

Dijagram 10.3.1. Skupina barijera u pružanju zdravstvene njege.....st.38

# Prilozi

## Prilog 1. Sestrinska dokumentacija (HKMS)

IME I PREZIME:					MATIČNI BROJ:					ODJEL:				
----------------	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--------	--	--	--	--

**3a**

**SAŽETAK PRAĆENJA STANJA PACIJENTA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE**

DATUM	HIGIJENA	HRANJENJE	ELIMINACIJA	OBLAČENJE	HODANJE	PREMJESŦANJE	SJEDANJE	STAJANJE	OKRETANJE	PREHRANA -DIJETA	PODNOŠENJE NAPORA	BOL	GLASGOW KOMA/TRAUMA SKOR SKALA	BRADEN SKALA	RIZIK ZA PAD	KATEGORIZACIJA

UPISATI STUPNJEVE I BODOVE

**SAŽETAK TRAJNOG PRAĆENJA POSTUPAKA**

DATUM	I.V. KANILA	URINARNI KATETER	CENTRALNI VENSKI KATETER	DRENAŽA	STOMA	OSTALO

Upisati: datum postavljanja, mjesto postavljanja, izgled mjesta insercije (promjene), uzimanje mikrobioloških uzoraka; uz svaku bilješku obavezan je potpis med. sestre.

USTANOVA

**TRAJNO PRAĆENJE STANJA PACIJENTA (DECURSUS)**

DATUM/SAT	IME I PREZIME:	MATIČNI BROJ:	ODJEL:	POTPIS M.S.

USTANOVA

**PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE**

Ime i prezime:	Datum rođenja:	Odjel:	Matični broj:
----------------	----------------	--------	---------------

Sestrinska dijagnoza po prioritetu:

Cilj po prioritetu:

DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA

Potpis VMS, broj registra:



# EVIDENCIJA ORDINIRANE I PRIMIJENJENE TERAPIJE

USTANOVA

IME I PREZIME .....MATIČNI BROJ.....ODJEL .....

Datum	Lijek - doza - način davanja - učestalost davanja	Ordinirao	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.

UNOS I IZLUČIVANJE TEKUĆINA

Ime i prezime:..... Matični broj:..... Odjel:.....

Datum	Sat	UNOS (u ml)			IZLUČIVANJE (u ml)						
		Peroralno	Intravenozno	Potpis M.S.	UKUPNO	Urin	Stolica	Drenaža	Ostalo <sup>a)</sup>	Potpis M.S.	UKUPNO

<sup>a)</sup> znojenje, povraćanje, viaženje...

## PROCJENA BOLA

9

Ime i prezime:	Odjel:	Matični broj:
----------------	--------	---------------

**LEGENDA**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
bez bola	podnošljiva bol			jaka bol			vrlo jaka bol			nepodnošljiva bol

**Početak bola:** .....

Datum:	Sat:	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	Lokacija:				
<b>Opis bola:</b>		<b>Vrijeme javljanja:</b>				<b>Reakcija na bol:</b>				<b>Trajanje bola:</b>							
<input type="checkbox"/> oštra bol <input type="checkbox"/> žareća bol <input type="checkbox"/> pulsirajuća bol <input type="checkbox"/> grčevita bol - kolike <input type="checkbox"/> sijevajuća bol <input type="checkbox"/> šetajuća bol <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> na pritisak <input type="checkbox"/> na lupkanje <input type="checkbox"/> na dodir <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....				<input type="checkbox"/> neočekivano <input type="checkbox"/> u mirovanju <input type="checkbox"/> u kretanju <input type="checkbox"/> kratko poslije jela <input type="checkbox"/> danju <input type="checkbox"/> noću <input type="checkbox"/> .....				<input type="checkbox"/> mirovanje <input type="checkbox"/> plakanje <input type="checkbox"/> bljedilo kože <input type="checkbox"/> znojenje <input type="checkbox"/> mučnina/povraćanje <input type="checkbox"/> širenje zjenica <input type="checkbox"/> .....				<input type="checkbox"/> akutno <input type="checkbox"/> kronično UČESTALOST <input type="checkbox"/> kontinuirano <input type="checkbox"/> često <input type="checkbox"/> povremeno <input type="checkbox"/> .....			
<b>Postupci sestre:</b>																	
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>									
								<b>Potpis med. sestre:</b>									

Datum:	Sat:	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	Lokacija:
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>					
								<b>Potpis med. sestre:</b>					

Datum:	Sat:	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	Lokacija:
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>					
								<b>Potpis med. sestre:</b>					

Datum:	Sat:	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	Lokacija:
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>					
								<b>Potpis med. sestre:</b>					

Datum:	Sat:	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	Lokacija:
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>					
								<b>Potpis med. sestre:</b>					

Datum:	Sat:	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	Lokacija:
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>					
								<b>Potpis med. sestre:</b>					





Podaci o osiguranoj osobi

Regionalni ured  
ZAGREB

Područna služba  
088 VARAŽDIN

MEO [ ]

OB [ ]

Ime i prezime [ ]

Datum rođenja [ ]

Adresa (nag. pošte)

Grad/mjesto [ ]

Ulica i broj [ ]

ZDRAVSTVENA USTANOVA  
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE  
Specijalistička ordinacija obiteljsko  
medicinske Bojana Škyrovc dr. med.



Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

Šifra zdravstvene ustanove-  
ordinacije privatne prakse [ ]

H R V M Z D [ ] [ ]

Država      Spol      Kat. osig.

Zak. o odv. zdr. osig.

On [ ]

Elektronski broj prijave izdaje na račuprofesionalne baze

NALOG Broj [ ]  
ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

2. ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE

od [ 1 | 0 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 1 ]      do [ 1 | 0 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 1 ]

Prvi put       nastavno

Dijagnostičko-terapijski postupci iz Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

	Tjedno	Mjesečno	
1. NIE01. Zdravstvena nega	1 puta <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno 1 puta
2. _____	_____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
3. _____	_____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
4. _____	_____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta

Dijagnoza: Neoplazma malignum bronchi seu pulmonis, non signatum

[ C | 3 | 4 | . | 9 ]  
Šifra MKB

Obrazloženje

Gospodin boluje od zloćudne novotvorine pluća te je zbog onkološke terapije slab i teško pokretan. Molim provođenje kućne njege radi potrebe vadeanja krvi.

VARAŽDIN, 01.06.2021

U [ ] dne [ ] 20 [ ]

Datum ispisa: 01.06.2021



Prostir i faksimil izdavanog doktora

[ 0 | 8 | 8 | 3 | 9 | 5 ]  
Šifra

—  
|  
BILSON  
AUTORSKI

Sveučilište  
Sjever



—  
|  
SVEUČILIŠTE  
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU  
I  
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovornost 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, NATEA MENDEK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ORGANIZACIJA I KVALITETA PROMOBENJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Natea Mendek  
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužni 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, NATEA MENDEK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ORGANIZACIJA I KVALITETA PROMOBENJA (upisati naslov) čiji sam autor/ica. ODGOVORNE NJE U KLJI

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Natea Mendek  
(vlastoručni potpis)