

Utjecaj propuštene zdravstvene njege na sigurnost pacijenata

Leš Bralić, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:918457>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-07**

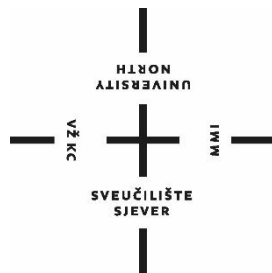


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br.205/SSD/2022

**UTJECAJ PROPUŠTENE ZDRAVSTVENE NJEGE
NA SIGURNOST PACIJENATA**

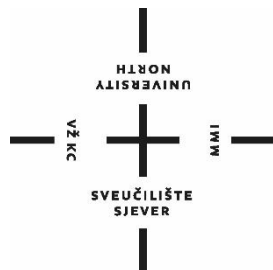
Ana Leš Bralić

Varaždin, rujan 2022. godine

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

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



DIPLOMSKI RAD br.205/SSD/2022

**UTJECAJ PROPUŠTENE ZDRAVSTVENE NJEGE
NA SIGURNOST PACIJENATA**

Student:

Ana Leš Bralić, 0867/336D

Mentor:

Izv. prof. dr.sc. Marijana Neuberg

Varaždin, rujan 2022.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sustrinstvo
STUDIJSKI PROGRAM	diplomski sveučilišni studij Sustrinstvo – menadžment u sustrinstvu <input checked="" type="checkbox"/>
KURZ	Avs LeS Br 33
SEMESTAR	0087/336D
DATA	19.09.2022
KOLIKO	sigurnost bolesnika u zdravstvenoj skrbi
NAZIV TEMA	Liječnič propuštene zdravstvene njega na sigurnost pacijenata
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Impact of missed healthcare on patient safety
MENTOR	Marijana Neuberg
STANJE	Izvanredni profesor
ČLANOVCI PUVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Ivana Živočan, predsjednica 2. izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg, mentor 3. doc.dr.sc. Ivo Dumić Čule, član 4. izv. prof. dr.sc. Rosanda Riblič, vanjski član 5.

Zadatak diplomskog rada

BR. 205/SSD/2022

Sigurnost pacijenata najpovoljnije je mjerilo kvalitete zdravstvenog sustava. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definiše sigurnost pacijenata kao prevenciju, uklanjanje i poboljšanje zaštite pacijenata od nepoželjnih događaja tijekom procesa zdravstvene njega. Kako bi se osiguralo da pacijent dobiti visokokvalitetnu i sigurnu zdravstvenu njegu, medicinske osobe i teži nišari imaju važnu ulogu u praćenju pacijenata, ranom prepoznavanju pogoršanja njegova stanja, prepoznavanju potencijalnih pogrešaka i štetnih učinaka te osiguranju i održavanju kontinuirano zdravstvene njega. Cilj istraživanja koja se provodi u okviru pisanja ovog diplomskog rada je ispitati postoje li statistički značajne razlike u ocjenama sigurnosti pacijenata s obzirom na razinu obrazovanja i radni staž studenata, te s obzirom na radno mjesto studenata ta su utjecaj propuštene zdravstvene njega na sigurnost pacijenata. Rezultati istraživanja biti će statistički obrađeni te će se usporediti rezultatima sličnih istraživanja koja su promatrala sponornu tematiku.

PRIDATA DOKAZI

20.09.2022

PRIHVAĆENO

SVEDUČENJE
SVEČANA

Predgovor

Ovo je diplomski rad u kojem sam nastojala iznijeti važnost sigurnosti pacijenata kao i važnost zdrasvene njege za kvalitetan oporavak svakog pacijenta. Motiv za pisanje ovog rada mi je bio sve veći nedostatak medicinskih sestara kao i sve više zadataka koje moraju izvršiti, pa sam stekla dojam da je ova tema ostala zanemarena.

Na samom početku htjela bi se zahvaliti svojoj profesorici izv.prof.dr.sc. Marijani Neuberg na prihvaćenom mentorstvu, kao i podršci i velikoj pomoći oko pisanja ovog rada. Zahvaljujem se i profesorima sa svih kolegija zbog velikog znanja koje su nam prenijeli.

Veliko hvala svim mojim kolegicama sa kojima sam pohađala diplomski studij. Hvala prijateljici i kolegici Maji koja je bila uz mene od samog početka, koja je stvari gledala uvijek sa vedre i pozitivne strane, bez nje bi ovo bilo puno teže.

A najveće hvala mojoj obitelji, mami, tati,mojoj braći, svekru i svekrvi kao i mom suprugu Stjepanu, te mojim sinovima Arianu i Lovri, na neizmjerne ljubavi i pomoći. Samo zbog vaše podrške sam došla do kraja,ovog razdoblja svog života.

Sažetak

Sigurnost pacijenata najpouzdanije je mjerilo kvalitete zdravstvenog sustava, nedovršena ili propuštena zdravstvene njege, povezana je s nižom sigurnošću pacijenata

Cilj istraživanja je bio ispitati postoje li statistički značajne razlike u ocjenama sigurnosti bolesnika s obzirom na razinu obrazovanja i radni staž sudionika, te s obzirom na radno mjesto sudionika te sam utjecaj propuštene zdravstvene njege na sigurnost pacijenta.

Metode rada: Provedeno je online istraživanje među 100 zaposlenih medicinskih sestara i tehničara kojim je online putem distribuiran upitnik o Kulturi sigurnosti bolesnika i pitanjima o propuštenoj zdravstvenoj njezi sastavljen od 69 pitanja.

Rezultati: Udio od 60,4% sudionika izričito se ne slaže ili ne slaže da imaju problema sa sigurnošću pacijenata na odjelu, 42,7% ističe da voditelji uvažavaju prijedloge, 68,1% izričito se ne slaže ili ne slaže da voditelji zanemaruju probleme, 49% se slaže ili izričito slaže da se bolnički menadžment interesira za sigurnost pacijenata samo kod prijave neželjenih događaja, 41,9% ocjenjuje sigurnost pacijenata prihvatljivom. Korelacija između pokazatelja sigurnosti bolesnika i propuštene zdravstvene njege nije statistički značajna ($p > 0,05$).

Zaključak: Razina obrazovanja, te radno mjesto sudionika nije imalo u ocjenama sigurnosti pacijenata statističku značajnost, dok je istraživanje pokazalo da medicinske sestre i tehničari sa manje radnog staža više pažnje posvećuju sigurnosti pacijenta. Propuštena zdravstvena njega nije statistički značajno utjecala na sigurnost pacijenata.

Ključne riječi: kvaliteta; medicinska sestra/tehničar, racioniranje zdravstvene zaštite; sigurnost pacijenta; zdravstvena njega

Summary

Patient safety is the most reliable measure of the quality of the healthcare system, incomplete or missed healthcare is associated with lower patient safety.

The goal of the research was to examine whether there are statistically significant differences in patient safety ratings with regard to the level of education and work experience of the participants, as well as with regard to the participant's workplace and the very impact of missed healthcare on patient safety.

Work methods: An online survey was conducted among 100 employed nurses and technicians, in which a questionnaire on the culture of patient safety and questions about missed health care, composed of 69 questions, was distributed online.

Results: 60.4% of participants strongly disagree or disagree that they have a problem with patient safety in the department, 42.7% point out that managers respect suggestions, 68.1% strongly disagree or disagree that managers ignore problems , 49% agree or expressly agree that hospital management is interested in patient safety only when reporting adverse events, 41.9% rate patient safety as acceptable. The correlation between patient safety indicators and missed healthcare is not statistically significant ($p>0.05$).

Conclusion: The level of education and workplace of the participants did not have a statistical significance in the ratings of patient safety, while the research showed that nurses and technicians with less seniority pay more attention to patient safety. Missed health care did not have a statistically significant impact on patient safety.

Key words: quality; nurse/technician, health care rationing; patient safety; nursing care

Popis korištenih kratica

AHQR	Agencija Sjedinjenih Država (SAD) za istraživanje i kvalitetu zdravstvene zaštite
BERNCA	Implicitno racioniranje eng. <i>Basel Extent of Rationing of Nursing Care</i>
HSOPSC	Bolnička anketa o kulturi sigurnosti pacijenata (HSOPSC)
MISSCARE	Model propuštene medicinske skrbi
OIM	Institut za medicinu
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

1. Uvod	11
2. Sigurnost pacijenata	13
2.1. Pokazatelji sigurnosti.....	14
3. Propuštena zdravstvena njega	16
4. Konceptualizacije propuštene skrbi	18
4.1. Model propuštene zdravstvene skrbi.....	18
4.1.1. Prethodnici	19
4.1.2. Proces zdravstvene njege	20
4.1.3. Interni sestrinski procesi.....	21
4.2. Implicitno racioniranje.....	23
5. Propuštena zdravstvena njega - aspekti.....	24
5.1. Nisko zadovoljstvo poslom	25
5.2. Visoka razina stresa i povećani rizik od sagorijevanja.....	26
5.3. Prekidi u radu	27
5.4. Razine osoblja.....	27
6. Empirijski dio rada	29
6.1. Cilj istraživanja	29
6.2. Istraživačke hipoteze	29
6.3. Sudionici.....	29
6.5. Etički vid istraživanja	30
6.6. Statističke metode	30
7. Rezultati istraživanja.....	32
7.1. Cronbach'sAlpha (pouzdanost upitnika)	49
7.2. Testiranje razlike kod promatranih faktora.....	50
8. Rasprava	55
10. Literatura	62

1. Uvod

Sigurnost pacijenata najpouzdanije je mjerilo kvalitete zdravstvenog sustava. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira sigurnost pacijenata kao "prevenciju, uklanjanje i poboljšanje zaštite od neželjenih događaja tijekom procesa zdravstvene njege" [1]. Najtočniji pokazatelj kvalitete zdravstvenog sustava je sigurnost pacijenata. U svakom liječenju i na svim razinama zdravstvenog sustava događaju se pogreške i nepovoljni ishodi među kojima su najčešće bolničke infekcije, davanje lijekova i dijagnoza. Čak i u zemljama s visokim prihodima i suvremenim tehnologijama u zdravstvu u prosjeku 10% do 12% pacijenata iskusi neželjene događaje od kojih čak polovica možda može biti izbjegnuta [1]. Na nacionalnoj i institucionalnoj razini u Hrvatskoj trenutno nedostaju sustavni podaci o događajima koji ugrožavaju sigurnost pacijenata [2].

Kako bi osigurali da pacijenti dobiju visokokvalitetnu i sigurnu njegu, medicinske sestre i tehničari, igraju ključnu ulogu u praćenju pacijenata, ranom prepoznavanju pogoršanja stanja, prepoznavanju potencijalnih pogrešaka i štetnih učinaka, dovršavanju brojnih aktivnosti te osiguravanju i održavanju kontinuirane zdravstvene njege. Budući da su medicinske sestre i tehničari ti koje najviše prijavljuju pogreške i štetne događaje, oni imaju značajan utjecaj na sigurnost i zadovoljstvo pacijenata, te kvalitetu zdravstvene skrbi [3].

Istraživanja različitih autora uključujući Aikena i sur. (2013) [5], Bae i Fabryja (2014), te Gurkovu i sur. (2015) [7] također ukazuju na usku povezanost između organizacijskih aspekata radnih uvjeta medicinskih sestara/tehničara [5,6], sigurnosne klime u bolnici, odgovarajućeg zdravstvenog kadra (broj djelatnika, obrazovanje sestrinskog osoblja) ili broja radnih sati [4]. Osim toga, neke proceduralne značajke sestrinske skrbi, poput nedovršene ili propuštene zdravstvene njege, povezane su s nižom sigurnošću pacijenata [5,6]. Sigurnost pacijenata također je negativno povezana s nepovoljnim ishodima za medicinske sestre/tehničare, uključujući profesionalno sagorijevanje i smanjeno zadovoljstvo poslom [7,8].

Postoji preko 20 alata kojima je moguće mjeriti propuštenu zdravstvenu njegu, svi alati imaju jednu zajedničku stvar: potiču medicinske sestre da procijene skrb koju su pružile tijekom prethodnih smjena i da identificiraju dijelove koje nisu uspjeli završiti i zašto ih nisu uspjele završiti [9]. Hipoteza srednjeg dometa koju je stvorila autorica Kalisch (2009) i nazvala MISSCARE - model propuštene medicinske skrbi, jedna je od konceptualizacija propuštene skrbi. Ovaj model identificira vanjske čimbenike koji utječu na proces skrbi, kao što su resursi, komunikacija i odnosi s osobljem. Ako medicinskim sestrama/tehničarima nedostaju resursi, moraju odlučiti kako koristiti ono što imaju. Ovaj izbor utječe na interne postupke njegovatelja (uključujući norme osoblja, određivanje prioriteta skrbi, osobne vrijednosti i ponašanja). Propuštanje sestrinske skrbi uzrokovano je svim tim elementima, a to rezultira lošim ishodom pacijenata [10].

Implicitno racioniranje, drugačiji konceptualni model koji je razvila autorica Schubert (2007), uglavnom se koristi za rezanje troškova i raspodjelu nedovoljnih resursa. Ovaj model također prepoznaje medicinske sestre/tehničare kao donositelje odluka, potrebu za utvrđivanjem prioriteta i ulogu koju pojedinci i organizacije imaju u racionalizaciji sestrinske skrbi. Bitna metrika za mjerenje učinkovitosti racioniranja i razine skrbi je broj sestrinskih zadataka koji su preskočeni [11].

U Hrvatskoj nedostaje istraživanja na temu sigurnosti pacijenata i propuštene zdravstvene njege, stoga je u svrhu izrade ovog diplomskog rada provedeno istraživanje među medicinskim sestrama/tehničarima čiji je cilj bio ispitati postoje li statistički značajne razlike u ocjenama sigurnosti bolesnika s obzirom na, razinu obrazovanja, radni staž sudionika, s obzirom na radno mjesto sudionika te sam utjecaj propuštene zdravstvene njege na sigurnost pacijenta.

2. Sigurnost pacijenata

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) sigurnost pacijenata definira se kao "prevencija, uklanjanje i poboljšanje zaštite od neželjenih događaja unutar procesa zdravstvene skrbi" [12]. Najtočniji pokazatelj kvalitete zdravstvenog sustava je sigurnost pacijenata [12].

Medicinske sestre/tehničari moraju donositi odluke i djelovati kada se suoče sa situacijama koje ugrožavaju sigurnost pacijenata i nose se s potencijalnom smrću pacijenta kako bi pružili sigurnu skrb. Ovi događaji variraju od malih koji možda mogu ostati neprijavljeni do ozbiljnih koji mogu rezultirati ozljedom, nesposobnošću ili čak smrću pacijenta (štetni događaji). Briga o pacijentu stalna je komponenta skrbi koja jeneraskidivo povezana sa sigurnošću pacijenata, a SZO ju definira kao smanjenje rizika od ozljeda koje se mogu izbjeći na prihvatljivu razinu [12].

Korištenje novih tehnologija, nedostatak osoblja, preopterećenost, gotovo stalan pritisak na zdravstvene organizacije i druge okolnosti, zajedno sa suvremenim predodžbama o sigurnosti pacijenata, ukazuju na nove vrste opasnosti. Srednji menadžment i osoblje na prvoj liniji dovedeni su u tešku poziciju zbog ovih pritisaka, izlažući se opasnosti da rade protivno postojećim standardima što rezultira pružanjem skrbi smanjene kvalitete i narušenom sigurnosti pacijenta [13].

Zabrinutost oko sigurnosti pacijenata obilježava svoj početak 1990-ih objavom važne američke publikacije „Ljudski je griješiti: gradnja sigurnijeg zdravstvenog sustava“ eng. „*To Err is Human: building a safer health system*“ [14] Instituta za medicinu (IOM), u kojoj su autori izvijestili o smrti 44.000 do 98.000 Amerikanaca kao rezultat neželjenih događaja koji su se uglavnom mogli izbjeći. Studija također pokreće raspravu između sustavnog pristupa analizi događaja i kulture koja krivicu prebacuje na određene pojedince. Analiza procesa rizika odgovornost je stručnjaka za zdravstvenu njegu kako bi se smanjili i spriječili neželjeni događaji koji proizlaze iz toga.

2.1. Pokazatelji sigurnosti

Pokazatelji sigurnosti u Hrvatskoj su definirani prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene ("Narodne novine, br. 79/11") [15]:

- Neočekivani neželjeni događaji, koje svako trgovačko društvo, zdravstvena ustanova i privatni zdravstveni djelatnici moraju pratiti i svaka tri mjeseca dostavljati izvještaj ministarstvu i Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.
- Ostali neželjeni događaji o kojima treba podnijeti izvješće svakih šest mjeseci.

“Neočekivani neželjeni događaji su” [16]:

- “kirurški zahvat proveden na pogrešnom pacijentu,
- kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela,
- instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata koji zahtjeva dodatni zahvat ili dodatni postupak,
- transfuzijska reakcija zbog AB0 nekompatibilnosti,
- smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije,
- smrt majke ili teško oboljenje povezano s porodom,
- otmica novorođenčeta,
- otpust novorođenčeta pogrešnoj obitelji,
- smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, koja nije povezana s urođenim oboljenjem,
- jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513 $\mu\text{mol/l}$),
- samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi i trgovačkom društvu ili unutar 72 sata od otpusta,
- radioterapija pogrešne regije tijela,
- radioterapija s dozom 25% iznad planirane doze”.

Ostali neželjeni događaji (pokazatelji sigurnosti pacijenta) su [17]:

- “stopa standardizirane bolničke smrtnosti,
- poslijeoperacijska infekcija rane,
- nedostatna higijena ruku,
- poslijeoperacijska plućna embolija ili duboka venska tromboza,
- poslijeoperacijsko krvarenje ili hematoma,
- neželjene nuspojave lijekova,
- opstetrička trauma- vaginalni porod bez instrumenata,
- porođajna trauma – ozljeda novorođenčeta,
- poslijeoperacijski prijelom kuka,
- pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi,
- dekubitalni ulkus,
- nuspojave antipsihotičnog liječenja”.

3. Propuštena zdravstvena njega

Propuštena zdravstvena njega novo je definiran koncept i odnosi se na bilo koji aspekt potrebne skrbi za pacijenta koji je izostavljen (djelomično ili u cijelosti) ili odgođen, propuštena zdravstvena njega je greška propusta [18]. I konceptualno i eksperimentalno, propuštena zdravstvena njega je njega koja se trebala pružiti pacijentima, ali nije. Propuštena zdravstvena njega je povezana s nepovoljnim ishodima pacijenata kao znak lošije/loše prakse sestrinske skrbi. Studije autora Lucera i sur. (2009); Groves i sur. (2019) pokazale su da pacijenti doživljavaju različite negativne ishode kao rezultat propuštene zdravstvene njege u bolnicama, uključujući veće stope infekcija i padova, novonastali delirij, upalu pluća, pogreške u liječenju, produljeni boravak, odgođeni otpust te pojačanu bol i nelagodu [17,18]. Prema podacima autora Kalankove, Ziankove i Kurucove (2019) velika većina procesa zdravstvene njege nije dovršena u bolnicama, što uključuje 44% evaluacija, 73% intervencija, 73% osnovne njege i 71% planiranja. Ove studije nude empirijski dokaz da je snažnija kultura sigurnosti pacijenta povezana s boljim ishodima za pacijente i da je veći broj propuštenih zdravstvenih njega povezan s ozbiljnijim sigurnosnim incidentima za pacijente [18]. Unatrag više od desetljeća objavljeno je mnogo istraživanja o radnom okruženju i radnom opterećenju medicinskih sestara/tehničara i zdravstvenim ishodima pacijenata [19-22]. U različitim istraživanjima ustanovljeno je da čimbenici; broj sati skrbi po danu koju pružaju medicinske sestre/tehničari [22], radno opterećenje [23], obrasci komunikacije i složenost okoline [24] utječu na ishode i zahtjeve njege pacijenata što uključuje: padove, pogreške u liječenju [21], razvoj dekubitusa [25], bolničkih infekcija, krvarenje iz gornjeg dijela probavnog sustava, povećani broj bolničkih troškova, događaji 'neuspješnog spašavanja' [26], plućne komplikacije [22] i mortalitet [27]. Iako se ove studije mogu razlikovati u metodi, temi i ishodu, sve one upućuju na premisu da okruženje u kojem medicinske sestre/tehničari rade, zahtjevi za brigu o pacijentima i raspoloživo osoblje za pružanje te skrbi imaju utjecaj na ishode za pacijente. Stoga npr. istraživanja poput onoga autora Blegana i sur (1998); Sochalskog (2004) te Dimicika i sur. (2001) ukazuju na moguću

vezu između kulture sigurnosti pacijenta i neželjenih događaja za sigurnost pacijenata [21-23].

4. Konceptualizacije propuštene skrbi

Postoji preko 20 alata za mjerenje propuštene zdravstvene njege [9], među najpoznatije konceptualizacije propuštene skrbi spadaju:

- MISSCARE - model propuštene medicinske skrbi, što je teorija srednjeg dometa koju je razvila Kalisch (2009) [10],
- BERNCA ENG. *Basel Extent of Rationing of Nursing Care* - implicitno racioniranje koji je razvila Schuber (2007), uglavnom se koristi za smanjenje troškova i alokaciju neadekvatnih resursa [11].

4.1. Model propuštene zdravstvene skrbi

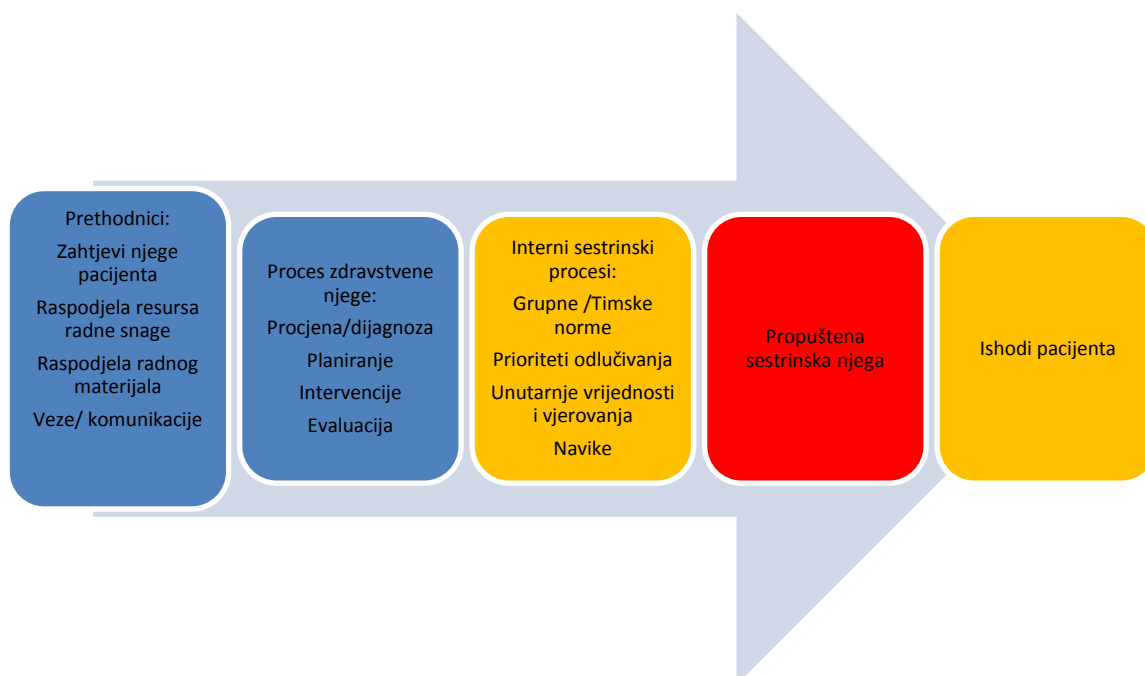
Model propuštene zdravstvene skrbi (slika 4.1.1.) sadrži četiri prethodnika koja dovode do toga kako se provodi proces zdravstvene njege, utječu na unutarnje procese pojedinačnih medicinskih sestara/tehničara koji usmjeravaju koja se zdravstvena njega propušta, dovršava ili odgađa i u konačnici dovodi do ishoda za pacijenta. Svaki od koncepata u ovom modelu (slika 4.1.1.) može se mjeriti i očekuje se da će objasniti propuštenu zdravstvenu njegu, a time i ishode pacijenata [10]:

(1) prethodnici unutar okoline skrbi koji olakšavaju ili sprječavaju praksu negovanja;

(2) elementi procesa zdravstvene njege;

(3) unutarnje percepcije i procesi odlučivanja;

(4) Zdravstvena skrb koja se pruža prema planu i zdravstvena skrb koja je odgođena ili izostavljena.



Slika 4.1.1. Čimbenici kod kojih može doći do propuštanja pružanja sestrinske skrbi ili mogu utjecati na isto

Izvor: K. Sworn i A. Booth, "A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community i Nursing Home Settings," Journal of Nursing Management, br. 28, br. 8, 1805–1829, 2020.

4.1.1. Prethodnici

Uzroci izostanka medicinske njege postoje unutar konteksta okruženja pružanja medicinske njege, izvan su kontrole medicinskih sestara/tehničara i zahtijevaju njihovu odluku o tome koja će se zdravstvena njega pružiti. Prvi je dostupnost radnih resursa za pružanje zdravstvene njege pacijentima; drugi je dostupnost materijala za podršku u aktivnostima skrbi za pacijente; a treći je raspon interpersonalnih i međuljudskih komunikacijskih karakteristika koje utječu na sposobnost medicinskih sestara/tehničara da pruže zdravstvenu njegu [10].

Dostupnost medicinskih sestara/tehničara i drugih njegovatelja (kao i njihove kvalifikacije, obuka i iskustvo) u odnosu na zahtjeve pacijenata za zdravstvenom njegu spada u kategoriju radnih resursa. Dostupnost materijalnih resursa, kao što su lijekovi, zalihe i funkcionalna oprema potrebna za zdravstvenu njegu, utječe na sposobnost medicinskih sestara/tehničara da pruže zdravstvenu njegu.

Treći prethodnik čine timski rad i komunikacija između zaposlenika na odjelu, što uključuje medicinske sestre/tehničare, liječnike i pomoćno osoblje. Propuštena zdravstvena njega može biti posljedica loše komunikacije. Medicinske sestre/tehničari moraju nastaviti s ispitivanjem zdravstvene njege za koju su zaključili da je neophodna kada je prisutan bilo koji od ovih prethodnika. Medicinske sestre/tehničari moraju donositi odluke ili odrediti prioritete svog rada kada je obujam ili vrijeme zdravstvene njege koja se mora pružiti u sukobu s raspoloživim radnim i materijalnim resursima [10].

4.1.2. Proces zdravstvene njege

Aspekti sestrinstva su zaštita, promicanje i optimizacija nečijeg zdravlja i talenata, izbjegavanje bolesti i oštećenja, smanjenje patnje putem dijagnoze i liječenja ljudske reakcije, te zagovaranje brige za sebe, svoju obitelj, svoju zajednicu i svoje ljude [28].

Prema ovoj konceptualnoj analizi propuštena zdravstvena njega, aktivnosti koje se provode u okviru ovih glavnih funkcija, a koje su potaknute posebnim vanjskim prethodnicima, uključene su u proces sestrinstva i na njih utječu određeni unutarnji čimbenici postupcima koje koriste medicinske sestre/tehničari. Proces zdravstvene njege, koji je " metoda strukturiranog pružanja zdravstvene njege usmjerene na pacijenta", temelj je za komponente sestrinske skrbi u ovom ispitivanju propuštene zdravstvene njege [29].

4.1.3. Interni sestrinski procesi

Na izbor dovršavanja, odgađanja ili izostavljanja stavki zdravstvene njege pacijenta utječu četiri interna čimbenika za medicinske sestre/tehničare: timske norme; procesi donošenja odluka; unutarnje vrijednosti i uvjerenja, te navike [10].

Prva unutarnja komponenta odnosi se na grupne norme unutar kojih ljudi rade. Svaki tim ima skup standarda o tome što predstavlja primjereno ponašanje članova. Dok će se neka pravila pažljivo poštovati, druga mogu dopustiti različita ponašanja. Timske ili grupne norme obično su implicitne, a novi članovi brzo shvaćaju ta očekivana ponašanja [30]. Važno je imati na umu da ljudi donose odluke na individualnoj razini unutar društvenog sustava kojem pripadaju [31]. Ljudi primaju kritike kada se ne ponašaju na očekivani način. Ljudi nastoje poboljšati svoju sliku o sebi, steći poštovanje i odobravanje te izbjegavati kritike [10].

Donošenje odluka na temelju prioriteta druga je interna komponenta. Medicinske sestre/tehničari na temelju svojih procjena situacije i zahtjeva pacijenata odlučuju koje su komponente procesa skrbi pacijentima potrebne. Ovisno o zdravstvenom stanju pacijenata, medicinske sestre mogu uključiti određenu stavku zdravstvene njege u dnevni plan, ali također moraju odlučiti koliko je ta pojedina stavka ključna za pacijentov oporavak s obzirom na druge zahtjeve na koje moraju potrošiti radno vrijeme. Moglo bi se zaključiti da su neki planirani aspekti skrbi manje važni za oporavak pacijenta. Medicinske sestre/tehničari su najskloniji odgoditi ili preskočiti one aspekte liječenja kada prethodnici zahtijevaju donošenje prioritetne odluke. Ovaj interni proces je dio ciklusa ponovnog procjenjivanja. Medicinske sestre/tehničari su suočeni s okruženjima koja se mijenjaju iz minute u minutu s pacijentima koji su zaprimljeni na odjel, pacijentima koji se otpuštaju, stanjima pacijenata koja se pogoršavaju, uz stalne dolaske liječnika i ostalog osoblja, te posjeta [32].

Vrijednosti, stavovi i uvjerenja koja medicinske sestre imaju o svojim poslovima i odgovornostima čine treći unutarnji element. Ljudske misli, osjećaji i očekivanja o njima samima imaju presudan utjecaj na određivanje njihovog ponašanja [33]. Pojedine

medicinske sestre/tehničari imaju osobite unutarnje vrijednosti i ideje o svojim sestričkim funkcijama i one utječu na njihovo ponašanje. Osobne vrijednosti i uvjerenja mogu potaknuti medicinske sestre/tehničare da ponude neke vrste zdravstvene njege dok druge izostave, čak i kada ih prethodnici tjeraju da prosuđuju o tome koja će se zdravstvena njega pružiti ili izostaviti. Stoga vrijednosti, stavovi i uvjerenja osobe utječu na to koje će aspekte skrbi za pacijenta ponuditi, odgoditi ili izostaviti [10].

Navike, četvrta unutarnja komponenta, utječu na konačnu odluku medicinskih sestara da odgode ili preskoče pružanje skrbi [10, 34]. Jednostavnije je odlučiti odgoditi ili preskočiti taj dio tretmana sljedeći put ako nema očiglednih negativnih učinaka na pacijenta ili nitko ne prepoznaje da je zdravstvena njega prvi put izostavljena. Ukoliko se propust ne utvrdi i na neki način ne ispravi, njega će i dalje biti zanemarena od pacijenta do pacijenta [10].

4.2. Implicitno racioniranje

Drugi konceptualni model je BERNCA ili implicitno racioniranje koji je razvila Schubert (2007), uglavnom se koristi sa smanjenje troškova i raspodjelu neadekvatnih resursa. Ovaj model također prepoznaje medicinske sestre/tehničare kao donositelje odluka, budući da one moraju odrediti prioritete, te priznaje i individualne i organizacijske čimbenike koji doprinose racionalizaciji sestrinske skrbi. Broj izostavljenih sestrinskih aktivnosti mjeri opseg racioniranja i važan je pokazatelj kvalitete skrbi [11].

Implicitno racionaliziranje zdravstvene njege uglavnom se istražuje u okviru nedostatka resursa i smanjenja troškova [11, 35]. Čimbenici radnog okruženja imaju izravan utjecaj ne samo na sestrinsko osoblje i njihovu raspodjelu vremena, već i na proizvodnju sestrinske skrbi izazivajući ozbiljnu zabrinutost oko ishoda pacijenata, sigurnosti pacijenata i kvalitete skrbi. Istraživanje autora Schubert i sur. (2007) pokazalo je da je implicitno racioniranje skrbi povezano s padovima pacijenata koje su prijavili medicinske sestre/tehničari, infekcijama stečenim u bolnici, dekubitusima, kritičnim incidentima i pogreškama u davanju lijekova [11]. Točnije, bolničke infekcije, dekubitus i zadovoljstvo pacijenata tri su neželjena ishoda u pacijenata koji su identificirani kao posebno osjetljivi na implicitno racioniranje sestrinske skrbi. Drugo istraživanje autora Schuberta i sur. (2009) u švicarskim bolnicama pokazalo je povezanost između implicitnog racioniranja skrbi i stope smrtnosti pacijenata zbog komplikacija povezanih s propustom [36]. Zapravo autori Sermeus i sur. (2011) i Lake (2007) zaključili su da je nezadovoljena zdravstvena njega usko povezana s kvalitetom skrbi koju su ocijenili medicinske sestre/tehničari i sigurnošću pacijenata [37, 38]. Propuštena zdravstvena njega također je povezana s nekoliko ishoda povezanih sa zdravstvenom njegom. Konkretno, u istraživanju autora Tschannen i sur. (2010) medicinske sestre/tehničari koji su primijetile veće stope racioniranja sestrinskih aktivnosti, prijavili su niže zadovoljstvo poslom i veću namjeru da promjene radno mjesto unutar godinu dana [39]. U tom kontekstu, implicitno racioniranje skrbi glavna je prijetnja kvaliteti i ocijeni skrbi za pacijente [11].

5. Propuštena zdravstvena njega - aspekti

Na sigurnost pacijenata uvelike utječe zdravstvena njega, koja također ima utjecaj na kliničke ishode, zadovoljstvo pacijenata pruženom njegom i zadovoljstvo medicinskih sestara/tehničara pruženom zdravstvenom njegom. Čini se da je medicinskim sestrama/tehničarima teško ili čak nemoguće ispuniti sve zahtjeve navedene u individualnim planovima zdravstvene njege kada su suočeni s nedostatkom sredstava i hitnim obvezama. Zabrinjavajući su i nalazi u studiji autora Dhainija i sur. (2019) gdje je zaključeno da medicinske sestre/tehničari mogu preskočiti, odgoditi ili čak promijeniti potrebnu zdravstvenu njegu pacijenta [40]. Medicinske sestre/tehničari su prisiljeni dati prioritete svojim intervencijama i racionalizirati brigu o pacijentima u situaciji nedostatka osoblja. To može rezultirati njihovim ograničavanjem ili ignoriranjem planirane sestrinske skrbi, što bi moglo povećati mogućnost nepovoljnih ishoda za pacijente [41]. Kao rezultat toga, učinci racionalizacije sestrinske njege su u suprotnosti s načelima holističke skrbi i imaju negativan utjecaj na kvalitetu sestrinske skrbi [42].

U zdravstvenim ustanovama racioniranje zdravstvene njege može rezultirati nizom negativnih ishoda npr. nižom kvalitetom zdravstvene njege pacijenata, ali također može predstavljati ozbiljne rizike za sigurnost pacijenata [43].

Propuštena zdravstvena njega je rezultat brojnih drugih aspekata profesionalnog rada medicinskih sestara/tehničara. Nisko zadovoljstvo poslom, visoka razina stresa, povećani rizik od sagorijevanja, veći izostanak s posla i veća fluktuacija zaposlenika samo su neki od njih [44]. Prema istraživanju autora Młynarske i sur. (2020) na razine racioniranja među stručnjacima za zdravstvenu njegu mogu utjecati brojni čimbenici [45]. Također je otkriveno da na raspodjelu sestrinske skrbi utječu psihološki elementi poput zadovoljstva životom i životne orijentacije. Dokazano je da nisko zadovoljstvo životom i negativniji pogled na život doprinose većoj učestalosti zanemarivanja zdravstvene njege u medicinskih sestara/tehničara. Rizik od pogrešaka u davanju terapije što je vrsta propuštene zdravstvene njege mora se svesti na minimum, dok se kvaliteta rada osoblja mora povećati radi sigurnosti pacijenata. Neadekvatnu zdravstvenu njegu, kao što je

neuspjeh u brzom pružanju potpunog tretmana, promjena položaja pacijenta, davanje lijekova i drugi postupci u skrbi važno je uzeti u obzir prilikom planiranja zdravstvene njege [46].

Autorica Kalisch (2014) je na temelju intervjua provedenih pomoću fokus grupa medicinskih sestara/tehničara da su elementi sestrinske njege koje medicinske sestre/tehničari redovito propuštaju: kretanje, okretanje, hranjenje, podučavanje pacijenata, planiranje otpusta, emocionalna podrška, higijena, dokumentacija o unosu i izlazu tekućina, te nadzor pacijenata [46, 47].

Istraživanje autora Tschannen i sur. (2019) usporedilo je Najčešće propustene postupke u skrbi za pacijenta od strane medicinskih sestara/tehničara između triju zemalja, Australije, Cipra i Italije s uzorkom od 1896 medicinskih sestara/tehničara. Rezultati su pokazali da je u Australiji povremeno izostalo promatranje primjene parenteralnih tekućina pacijenta, mjerenje šećera u krvi i odgovaranje na poziv pacijenta. Na Cipru je pranje ruku prijavljeno kao najčešća "propuštena zdravstvena njega", dok je u Italiji to bilo odazivanje na poziv pacijenta [39].

5.1. Nisko zadovoljstvo poslom

Propuštena zdravstvena njega povezana je sa zadovoljstvom medicinskih sestara/tehničara i njihovom namjerom odlaska [39]. Nedostatak sestrinskog osoblja smatra se jednim od glavnih globalnih izazova, a Hrvatska [48] nije iznimka. Nedostatak sestrinskog osoblja smatra se vrlo važnim čimbenikom koji može uzrokovati negativan učinak na smrtnost pacijenata što rezultira nezadovoljstvom poslom i povećanim emocionalnim umorom [48]. Istraživanje faktora koji su povezani s propuštеноm zdravstvenom negom od iznimne je važnosti za medicinske sestre/tehničare u bilo kojoj kulturi. Namjera medicinskih sestara/tehničara da odu više odražava njihovu percepciju prema svom poslu i organizaciji poslodavca, nego njihovu stvarnu uspješnost i smatra se jednim od značajnih prediktora fluktuacije medicinskih sestara/tehničara [49, 50]. Autor

Larrabee i sur. (2003) istraživali su odnos između namjera medicinskih sestara/tehničara da odu i propuštene zdravstvene njege. Izvješteno je da su veće razine propuštene skrbi povezane s većom namjerom odlaska. Otkrili su da medicinske sestre/tehničarai koji su bili zadovoljne skrbi koju su pružili bili sposobniji suočiti se s različitim kliničkim i radnim izazovima i da je nesposobnost medicinskih sestara/tehničara da pruže dobru kvalitetu skrbi uzrok odlaska s njihovih poslova [51].

5.2. Visoka razina stresa i povećani rizik od sagorijevanja

Rastući fenomen sindroma profesionalnog sagorijevanja eng. *Professional burnout syndrome* povezan je s civilizacijskim promjenama i sve većim profesionalnim zahtjevima. Pojava stresa na radnom mjestu posljedica je nezadovoljstva poslom, kroničnog umora i emocionalne iscrpljenosti. Autorica Maslach (1981) razvila je najpopularniju definiciju sindroma sagorijevanja kao "sindroma emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenog osjećaja osobnog postignuća koji se može pojaviti kod ljudi koji rade s drugima na neki specifičan način". Mnogo je uzroka sindroma sagorijevanja, no oni se mogu grupirati u tri glavna područja [52]:

1. čimbenici povezani sa strukturom ličnosti (dob, spol, neurotične sklonosti, ekstraverzija),
2. specifičnosti međuljudskih odnosa (odnosi s pacijentima, emocionalna uključenost, odnosi s nadređenima, natjecanje, sukobi, smetnje u komunikaciji, mobing),
3. organizacijski čimbenici (nedostatak osoblja, loša opremljenost, noćni rad, buka, stres i stalni pritisak).

PBS se manifestira na tri razine: fizičkoj, emocionalnoj i mentalnoj. Na tjelesnoj razini uključuje kroničnu slabost, umor, glavobolje, bolove u mišićima, povećani rizik od infekcije, poremećaje spavanja, promjene u prehranbenim navikama te sklonost uzimanju prekomjernih količina lijekova ili stimulansa [52]. Emocionalni simptomi

manifestiraju se povećanjem apatije, osjećajem razočaranja, nedostatkom želje za djelovanjem, otuđenošću, sklonošću plakanju i nedostatku perspektive. Konačno, psihološki aspekti sindroma sagorijevanja uključuju gubitak samopoštovanja, negativan stav prema sebi i okolini, cinizam, agresiju, neprihvatanje i neuvažavanje drugih [52,53].

Sagorijevanje među medicinskim sestrama/tehničarima identificirano je kao važan posrednik u odnosu između radnog okruženja i ishoda sigurnosti pacijenata, što upućuje da podržavajuća radna okruženja omogućuju medicinskim sestrama da budu angažirane na svom poslu, a time i sposobnije osigurati sigurnu zdravstvenu njegu [53].

5.3. Prekidi u radu

Prekidi u radu su prekidi u slijedu izvođenja zadataka ljudske aktivnosti, koji uzrokuju privremenu stanku u kontinuitetu zadatka—uobičajeni su u radnom okruženju medicinskih sestara/tehničara i smatra se da značajno pridonose njihovim pogreškama, kašnjenjima i propustima u izvršavanju zadataka [54]. Prekide u radu karakterizira izvor smetnje koji može biti ljudski ili tehnički (npr. posjeta, telefonski poziv), zatim kanal koji može biti uživo ili tehnički, te duljina prekida rada. Prekidi u radu mogu rezultirati povećanim rizikom od neželjenih događaja koji mogu dovesti do ozljeda i smrtnosti pacijenata, gubitka povjerenja pacijenata i obitelji, troškova zdravstvene skrbi za pružatelja usluga koji je prouzročio neželjeni događaj i ekonomskih troškova za organizaciju [55].

5.4. Razine osoblja

Samo u Hrvatskoj prije tri godine nedostajalo je više od 4000 [56] medicinskih sestara/tehničara što sigurno utječe na sigurnost zdravstvene njege, a to vjerojatno i nije službena brojka koja je danas sigurno mnogo veća. Brojna su istraživanja ispitivala prevalenciju i čimbenike koji pridonose propuštenoj zdravstvenoj njezi u različitim

nacijama. Često spominjani čimbenik je brojnost, kvalifikacije i iskustvo medicinskih sestara/tehničara u odnosu na broj pacijenata koje liječe po smjeni [57]. Na primjer studija autora Ausserhofer i sur. (2014) provedena u više zemalja otkrila je da je fenomen propuštene zdravstvene njege uobičajen u svim europskim zemljama. Rezultati studije pokazali su da u europskim bolnicama medicinske sestre/tehničari donose važne odluke o tome koju će potrebnu zdravstvenu njegu provoditi, a koju izostaviti. Jedna trećina medicinskih sestara/tehničara izjavila je da često obavljaju zadatke koji nisu unutar sestrinskih kompetencija [58]. Osim dostave i preuzimanja pladnjeva s hranom, zakazivanja otpusta, upućivanja i prijevoza, premještanja pacijenata po bolnici, obavljanja rutinske flebotomije i čišćenja soba i opreme pacijenata smatraju se obavezama koje nisu sestrinske [59]. Slično ovome, pregledom literature od strane autora Griffithsa i sur. (2018) koji su ispitali vezu između broja medicinskih sestara/tehničara i propuštenje zdravstvene njege te je otkriveno da je od 18 uključenih studija u njih 14 zaključeno da su niske razine medicinskog osoblja povezane s propuštenom zdravstvenom njegom [60]. U pregledu istraživanja autora Recio-Sauceda i sur. (2017) također je ispitan odnos između propuštene zdravstvene njege i ishoda pacijenata. Propuštena zdravstvena njega je povezana s većom učestalošću neželjenih događaja kod osjetljivih pacijenata kao što su pogreške u liječenju, infekcije urinarnog trakta, infekcije krvotoka, upala pluća, padovi pacijenata s ozljedama, ponovni prijemi i smrt [61]. Studija autora Bell i sur. (2018) provedena u devet europskih zemalja otkrila je da je povećanje propuštene zdravstvene njege od 10% povezano s povećanjem od 16% vjerojatnosti da će pacijent preminuti unutar 30 dana od prijema [62]. Istraživanje autora Schuberta i sur. (2012) pokazalo je da su pacijenti liječeni u bolnici s najvišom razinom racionalizacije imali 51% veću vjerojatnost da će umrijeti, nego oni u sličnim ustanovama. Pacijenti liječeni u ispitivanim bolnicama s višim ocjenama kvalitete radnog okruženja medicinskih sestara/tehničara imali su znatno manju vjerojatnost smrti, a oni liječeni u bolnici s najvećim izmjerenim omjerom pacijent-medicinska sestra imali su 37% veći rizik od smrti od onih u uspoređivanim ustanovama [63]

6. Empirijski dio rada

6.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je bio ispitati postoje li statistički značajne razlike u ocjenama sigurnosti pacijenata s obzirom na razinu obrazovanja i radni staž medicinskih sestara i tehničara, te s obzirom na radno mjesto medicinskih sestara/tehničara, također je cilj bio ispitati utjecaj propuštene zdravstvene njege na sigurnost pacijenta.

6.2. Istraživačke hipoteze

Na temelju glavnog cilja postavljene su sljedeće hipoteze:

H1 Ne postoji statistički značajna razlika u ocjenama sigurnosti bolesnika s

obzirom na razinu obrazovanja i radni staž sudionika.

H2 Ne postoji statistički značajna razlika u ocjenama sigurnosti bolesnika s obzirom na radno mjesto sudionika.

H3 Propuštena zdravstvena njega ne utječe na sigurnost pacijenata

6.3. Sudionici

U istraživanju je dobrovoljno sudjelovalo 100 sudionika zaposlenih na radnom mjestu medicinske sestre ili tehničara dok četvoro nije do kraja ispunilo anketu.

6.4. Opis instrumenta

Za potrebe istraživanja korišten je upitnik o Kulturi sigurnosti bolesnika (Izvor, AHRQ, prijevod na Hrvatski, Ivan Šklebar, tajnik HD-za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite,

HLZ) [64] (Prilog 1) uz pismenu suglasnost. Istraživanje se odvijalo putem Facebooka između lipnja i kolovoza 2022.

Upitnik ima 69 pitanja podijeljenih u 8 odjeljaka:

- ODJELJAK A: Vaše mjesto rada/odjel
- ODJELJAK B: Vaš supervizor/rukovoditelj
- ODJELJAK C: Komunikacije
- ODJELJAK D: Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja
- ODJELJAK E: Razina sigurnosti pacijenata
- ODJELJAK F: Vaša bolnica
- ODJELJAK G: Broj izvještaja o neželjenom događaju
- ODJELJAK H: Osobni podaci
- Pitanja o propuštenoj zdravstvenoj njezi

Vrijeme koje je bilo potrebno sudionicima za ispunjavanje anketnog upitnika je 15 minuta.

6.5. Etički vid istraživanja

Dobiveno je pismeno dopuštenje za korištenje anketnog upitnika. Sudionici su prethodno upoznati sa svrhom istraživanja i sudjelovali su dobrovoljno i anonimno, jedini uvjet je bio da su zaposleni na radnom mjestu medicinske sestre ili tehničara. Istraživanje je provedeno u skladu sa etičkim načelima.

6.6. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljani su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, dok je pouzdanost faktora ispitana cronbach alpha koeficijentom. Povezanost između skalarnih varijabli testirana je Spearmanovim koeficijentom korelacije. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom, dok su razlike kod 3 i više nezavisnih skupina testirane Kruskal-Wallisovim testom. Sve p vrijednosti su

dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha=0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 26.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD) [65].

7. Rezultati istraživanja

Pogledaju li se odgovori sudionika na *pitanje koje je vaše primarno mjesto rada ili odjel u bolnici*, 38,2% navodi kirurgija, 20,2% interni odjel, 18,0% ostalo (tablica 7.1.).

		N	%
Koje je vaše primarno mjesto rada ili odjel u bolnici	Više odjela (ni jedan posebno)	2	2,2%
	Kirurgija	34	38,2%
	Neurologija	2	2,2%
	Psijhijatrija / mentalno zdravlje	8	9,0%
	Rehabilitacija	3	3,4%
	Interni odjel	18	20,2%
	Ginekologija	5	5,6%
	Hitni prijem	1	1,1%
	Ostalo	16	18,0%
	Ukupno	89	100,0%

Tablica 7.1. Primarno mjesto rada ili odjel u bolnici [Izvor: autor]

U tablici 7.2. prikazani su odgovori na pitanja o radnom mjestu. Udio od 25,0% sudionika radi 2 do 5 g., a 19,8% više od 21 g. Udio od 36,5% sudionika na istom radnom mjestu radi od 1-5 g., 70,5% sudionika tjedno radi između 41 do 60 sati. Udio od 46,9% sudionika ima SSS, a 75% sudionika radi u smjenama.

		N	%
	Manje od 1 g.	10	10,4%

Koliko dugo radite u ovoj bolnici	od 2 do 5 g.	24	25,0%
	od 6 do 10 g.	14	14,6%
	od 11 do 15 g.	17	17,7%
	od 16 do 20 g.	12	12,5%
	više od 21 g.	19	19,8%
	Ukupno	96	100,0%
Koliko dugu radite na trenutnom radnom mjestu / odjelu	manje od 1 g.	14	14,6%
	od 1 do 5 g.	35	36,5%
	od 6 do 10 g.	14	14,6%
	od 11 do 15 g.	14	14,6%
	od 16 do 20 g.	13	13,5%
	više od 21g.	6	6,3%
	Ukupno	96	100,0%
Koliko obično sati tjedno radite	do 40 sati	22	23,2%
	od 41 do 60 sati	67	70,5%
	od 61 do 80 sati	5	5,3%
	preko 80 sati	1	1,1%
	Ukupno	95	100,0%
Vaša razina obrazovanja	Srednja stručna sprema (SSS)	45	46,9%
	Prvostupnik /ca sestriinstva	35	36,5%
	Diplomiran / a medicinska sestra / tehničar / magistar / ca sestriinstva	16	16,7%
	Ukupno	96	100,0%
Pretežno radim	Ujutro	18	18,8%
	Ujutro i popodne	6	6,3%
	Smjenski rad	72	75,0%
	Ukupno	96	100,0%

Tablica 7.2. Podaci o zaposlenju, razini obrazovanju i radnom vremenu [Izvor: autor]

Tablica 7.3. i 7.4. prikazuju istaknute odgovore na pitanja o mjestu rada/odjelu. Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora sudionika bilježimo za pitanje: *kada treba puno posla obaviti u kratko vrijeme zajedno radimo kao tim da bi se posao dovršio* gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 3,69 dok standardna devijacija iznosi 0,94, za pitanje *mi aktivno poduzimamo mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata*, aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 3,68 dok standardna devijacija iznosi 0,89.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora sudionika bilježimo za pitanje: *imamo dovoljno osoblja za obavljanje radnih zadaća* gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 2,20 dok standardna devijacija iznosi 1,07, za pitanje *na ovom odjelu imamo problema sa sigurnošću pacijenata* aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 2,28 dok standardna devijacija iznosi 1,06.

		N	%	\bar{x}	Sd
Na tom odjelu zaposlenici podupiru jedni druge	Izričito se ne slažem	0	0,0%		
	Ne slažem se	15	15,6%		
	Ni jedno ni drugo	37	38,5%		
	Slažem se	41	42,7%		
	Izričito se slažem	3	3,1%		
	Ukupno	96	100,0%	3,33	,78
Imamo dovoljno osoblja za obavljanje radnih zadaća	Izričito se ne slažem	26	27,1%		
	Ne slažem se	42	43,8%		
	Ni jedno ni drugo	15	15,6%		
	Slažem se	9	9,4%		
	Izričito se slažem	4	4,2%		
	Ukupno	96	100,0%	2,20	1,07
Kada treba puno posla obaviti u kratko vrijeme zajedno radimo kao tim da bi se posao dovršio	Izričito se ne slažem	1	1,0%		
	Ne slažem se	14	14,6%		
	Ni jedno ni drugo	14	14,6%		
	Slažem se	52	54,2%		
	Izričito se slažem	15	15,6%		
	Ukupno	96	100,0%	3,69	,94
Na ovom odjelu ljudi poštuju jedni druge	Izričito se ne slažem	5	5,2%		
	Ne slažem se	18	18,8%		
	Ni jedno ni drugo	41	42,7%		
	Slažem se	27	28,1%		
	Izričito se slažem	5	5,2%		
	Ukupno	96	100,0%	3,09	,94

Osoblje na ovom odjelu radi dulje no što je poželjno s gledišta sigurnosti pacijenata	Izričito se ne slažem	7	7,3%		
	Ne slažem se	15	15,6%		
	Ni jedno ni drugo	25	26,0%		
	Slažem se	39	40,6%		
	Izričito se slažem	10	10,4%		
	Ukupno	96	100,0%	3,31	1,09
Mi aktivno poduzimamo mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata	Izričito se ne slažem	2	2,1%		
	Ne slažem se	9	9,5%		
	Ni jedno ni drugo	18	18,9%		
	Slažem se	54	56,8%		
	Izričito se slažem	12	12,6%		
	Ukupno	95	100,0%	3,68	,89
Koristimo više osoblja za povremenu ispomoć nego je potrebno za pružanje najbolje njege	Izričito se ne slažem	27	28,1%		
	Ne slažem se	30	31,3%		
	Ni jedno ni drugo	23	24,0%		
	Slažem se	11	11,5%		
	Izričito se slažem	5	5,2%		
	Ukupno	96	100,0%	2,34	1,16
Osoblje osjeća da se njihove greške usmjeravaju protiv njih	Izričito se ne slažem	11	11,6%		
	Ne slažem se	15	15,8%		
	Ni jedno ni drugo	32	33,7%		
	Slažem se	30	31,6%		
	Izričito se slažem	7	7,4%		
	Ukupno	95	100,0%	3,07	1,11
Ovdje pogreške dovode do pozitivnih promjena	Izričito se ne slažem	13	13,7%		
	Ne slažem se	22	23,2%		
	Ni jedno ni drugo	35	36,8%		
	Slažem se	21	22,1%		
	Izričito se slažem	4	4,2%		
	Ukupno	95	100,0%	2,80	1,07
	Izričito se ne slažem	14	14,6%		

Prava je slučajnost da se ovdje ne događaju puno ozbiljnije pogreške	Ne slažem se	20	20,8%		
	Ni jedno ni drugo	27	28,1%		
	Slažem se	28	29,2%		
	Izričito se slažem	7	7,3%		
	Ukupno	96	100,0%	2,94	1,18
Kada dio odjela bude zatrpan poslom, ostali priskoče u pomoć	Izričito se ne slažem	14	14,6%		
	Ne slažem se	23	24,0%		
	Ni jedno ni drugo	20	20,8%		
	Slažem se	30	31,3%		
	Izričito se slažem	9	9,4%		
	Ukupno	96	100,0%	2,97	1,24
Kada se prijavi neželjeni događaj, osjeća se kao da je ukazano na osobu, a ne na problem	Izričito se ne slažem	14	14,6%		
	Ne slažem se	21	21,9%		
	Ni jedno ni drugo	26	27,1%		
	Slažem se	24	25,0%		
	Izričito se slažem	11	11,5%		
	Ukupno	96	100,0%	2,97	1,24
Nakon što uvedemo promjene da bi poboljšali sigurnost pacijenata, vršimo procjenu učinkovitosti	Izričito se ne slažem	11	11,5%		
	Ne slažem se	17	17,7%		
	Ni jedno ni drugo	32	33,3%		
	Slažem se	30	31,3%		
	Izričito se slažem	6	6,3%		
	Ukupno	96	100,0%	3,03	1,10
Nikada ne žrtvujemo sigurnost pacijenata da bi napravili više posla	Izričito se ne slažem	7	7,3%		
	Ne slažem se	11	11,5%		
	Ni jedno ni drugo	23	24,0%		
	Slažem se	44	45,8%		
	Izričito se slažem	11	11,5%		
	Ukupno	96	100,0%	3,43	1,07
Osoblje se boji da će pogreške koje su im se dogodile ostati zabilježene u njihovom dosjeu	Izričito se ne slažem	10	10,4%		
	Ne slažem se	18	18,8%		
	Ni jedno ni drugo	29	30,2%		

	Slažem se	29	30,2%		
	Izričito se slažem	10	10,4%		
	Ukupno	96	100,0%	3,11	1,15
Na ovom odjelu imamo problema sa sigurnošću pacijenata	Izričito se ne slažem	26	27,1%		
	Ne slažem se	32	33,3%		
	Ni jedno ni drugo	26	27,1%		
	Slažem se	9	9,4%		
	Izričito se slažem	3	3,1%		
	Ukupno	96	100,0%	2,28	1,06
Naši postupci i organizacija rada dobro preveniraju pogreške	Izričito se ne slažem	4	4,2%		
	Ne slažem se	10	10,4%		
	Ni jedno ni drugo	34	35,4%		
	Slažem se	40	41,7%		
	Izričito se slažem	8	8,3%		
	Ukupno	96	100,0%	3,40	,93

Tablica 7.3. Odgovori na pitanja o mjestu rada/odjelu [Izvor: autor]

U tablici 7.4. prikazano je da najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora sudionika bilježimo za pitanje: *moj supervizor/ rukovoditelj uzima u obzir prijedloge osoblja za poboljšanje sigurnosti pacijenata* gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 3,16 dok standardna devijacija iznosi 0,89.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora sudionika bilježimo za pitanje: *moj supervizor/rukovoditelj zanemaruje probleme sigurnosti pacijenata koji se opetovano ponavljaju* gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 2,07 dok standardna devijacija iznosi 0,95.

		N	%	\bar{x}	Sd
Moj supervizor/rukovoditelj izražava pohvalu kada je posao obavljen prema usvojenim principima sigurnosti pacijenata	Izričito se ne slažem	7	7,3%		
	Ne slažem se	16	16,7%		
	Ni jedno ni drugo	39	40,6%		
	Izričito se slažem	34	35,4%		

	Ukupno	96	100,0%	3,04	,91
Moj supervizor/rukovoditelj uzima u obzir prijedloge osoblja za poboljšanje sigurnosti pacijenata	Izričito se ne slažem	5	5,2%		
	Ne slažem se	16	16,7%		
	Ni jedno ni drugo	34	35,4%		
	Izričito se slažem	41	42,7%		
	Ukupno	96	100,0%	3,16	,89
U slučaju povećane količine posla moj supervizor/rukovoditelj traži od nas da radimo brže, čak i po cijenu rada na prečac	Izričito se ne slažem	23	24,2%		
	Ne slažem se	35	36,8%		
	Ni jedno ni drugo	24	25,3%		
	Izričito se slažem	13	13,7%		
	Ukupno	95	100,0%	2,28	,99
Moj supervizor/rukovoditelj zanemaruje probleme sigurnosti pacijenata koji se opetovano ponavljaju	Izričito se ne slažem	31	33,0%		
	Ne slažem se	33	35,1%		
	Ni jedno ni drugo	22	23,4%		
	Izričito se slažem	8	8,5%		
	Ukupno	94	100,0%	2,07	,95

Tablica 7.4. Odgovori na pitanja o supervizoru/rukovoditelju [Izvor: autor]

U tablici 7.5. najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora sudionika bilježimo za pitanje: *koliko često se slijedeće stvari dešavaju u vašem radnom okruženju/odjelu: informirani smo o pogreškama koje se dogode na odjelu* gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 3,50 dok standardna devijacija iznosi 1,13.

		N	%	\bar{x}	Sd
Koliko često se slijedeće stvar dešavaju u vašem radnom okruženju/odjelu: dobivamo povratnu informaciju o promjenama uvedenim na osnovi prijava neželjenih događaja	Nikad	11	11,6%		
	Rijetko	33	34,7%		
	Ponekad	32	33,7%		
	Često	11	11,6%		
	Uvijek	8	8,4%		
	Ukupno	95	100,0%	2,71	1,09
Koliko često se slijedeće stvar dešavaju u vašem radnom	Nikad	5	5,2%		
	Rijetko	16	16,7%		

okruženju/odjelu: osoblje slobodno upozorava ako uoči nešto što može imati negativan učinak na liječenje pacijenta	Ponekad	29	30,2%		
	Često	22	22,9%		
	Uvijek	24	25,0%		
	Ukupno	96	100,0%	3,46	1,19
Koliko često se slijedeće stvar dešavaju u vašem radnom okruženju/odjelu: informirani smo o pogreškama koje se dogode na odjelu	Nikad	2	2,1%		
	Rijetko	19	19,8%		
	Ponekad	28	29,2%		
	Često	23	24,0%		
	Uvijek	24	25,0%		
	Ukupno	96	100,0%	3,50	1,13
Koliko često se slijedeće stvar dešavaju u vašem radnom okruženju/odjelu: osoblje se osjeća slobodnim preispitivati odluke ili postupke pretpostavljenih	Nikad	16	16,7%		
	Rijetko	26	27,1%		
	Ponekad	31	32,3%		
	Često	11	11,5%		
	Uvijek	12	12,5%		
	Ukupno	96	100,0%	2,76	1,23
Koliko često se slijedeće stvar dešavaju u vašem radnom okruženju/odjelu: na ovom odjelu raspravljamo o načinima kako spriječiti ponavljanje pogrešaka	Nikad	7	7,4%		
	Rijetko	21	22,1%		
	Ponekad	21	22,1%		
	Često	26	27,4%		
	Uvijek	20	21,1%		
	Ukupno	95	100,0%	3,33	1,24

Tablica 7.5. Odgovori o komunikaciji [Izvor: autor]

U tablici 7.6 najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora sudionika bilježimo za pitanje: *koliko često se slijedeće stvari dešavaju u vašem radnom okruženju/odjelu: dobivamo povratnu informaciju o promjenama uvedenim na osnovi prijave neželjenih događaja* gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 2,71 dok standardna devijacija iznosi 1,09.

Kod pitanja *koliko često šaljete prijavu kada se na vašem radnom mjestu/odjelu dogode slijedeće pogreške: Kada se dogodi pogreška, ali bude uočena i ispravljena prije no što naštetiti pacijentu, koliko često to prijavite* može se uočiti kako aritmetička sredina iznosi 2,91 uz standardnu devijaciju 1,31. Kod pitanja *koliko često šaljete prijavu kada se na vašem radnom mjestu/odjelu dogode slijedeće pogreške: Kada se dogodi pogreška, ali*

nema potencijal štetnih posljedica za pacijenta, koliko često to prijavite može se uočiti kako aritmetička sredina iznosi 2,84 uz standardnu devijaciju 1,31.

Dalje, kod pitanja *koliko često šalžete prijavu kada se na vašem radnom mjestu/odjelu dogode slijedeće pogreške: Kada se dogodi pogreška koja može naškoditi pacijentu, ali nije naškodila, koliko često to prijavite* može se uočiti kako aritmetička sredina iznosi 3,23 uz standardnu devijaciju 1,30.

		N	%	\bar{x}	Sd
Koliko često šalžete prijavu kada se na vašem radnom mjestu/odjelu dogode slijedeće pogreške: Kada se dogodi pogreška, ali bude uočena i ispravljena prije no što naštetiti pacijentu, koliko često to prijavite	Nikad	17	17,9%		
	Rijetko	19	20,0%		
	Ponekad	30	31,6%		
	Često	14	14,7%		
	Uvijek	15	15,8%		
	Ukupno	95	100,0%	2,91	1,31
Koliko često šalžete prijavu kada se na vašem radnom mjestu/odjelu dogode slijedeće pogreške: Kada se dogodi pogreška, ali nema potencijal štetnih posljedica za pacijenta, koliko često to prijavite	Nikad	19	20,0%		
	Rijetko	18	18,9%		
	Ponekad	31	32,6%		
	Često	13	13,7%		
	Uvijek	14	14,7%		
	Ukupno	95	100,0%	2,84	1,31
Koliko često šalžete prijavu kada se na vašem radnom mjestu/odjelu dogode slijedeće pogreške: Kada se dogodi pogreška koja može naškoditi pacijentu, ali nije naškodila, koliko često to prijavite	Nikad	12	12,6%		
	Rijetko	16	16,8%		
	Ponekad	24	25,3%		
	Često	24	25,3%		
	Uvijek	19	20,0%		
	Ukupno	95	100,0%	3,23	1,30

Tablica 7.6. Odgovori o učestalosti prijavljivanja neželjenih događaja [Izvor: autor]

U tablici 7.7. kod pitanja *ocijenite prosječnu razinu sigurnosti pacijenata na svom radnom mjestu/odjelu* može se uočiti kako aritmetička sredina iznosi 2,38 uz standardnu devijaciju 0,81.

		N	%	\bar{x}	Sd
Ocijenite prosječnu razinu sigurnosti pacijenata na svom radnom mjestu/odjelu	Odlična	14	15,1%		
	Vrlo dobra	35	37,6%		
	Prihvatljiva	39	41,9%		
	Loša	5	5,4%		
	Nikakva	0	0,0%		
	Ukupno	93	100,0%	2,38	,81

Tablica 7.7. Ocjena razine sigurnosti pacijenata [Izvor autor]

U tablici 7.8. najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora sudionika bilježimo za pitanje: *čini se da se bolnički management interesira za sigurnost pacijenata samo nakon što se neželjeni događaj dogodio* gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 3,38 dok standardna devijacija iznosi 1,21, za pitanje *bolnički odjeli dobro zajedno surađuju da bi pacijentima pružili najbolju skrb*, gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 3,38 dok standardna devijacija iznosi 0,94.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora sudionika bilježimo za pitanje: *važni podaci o liječenju pacijenata često se izgube prilikom primopredaje službe* gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 2,45 dok standardna devijacija iznosi 1,14, za pitanje *promjene smjena su za bolničke pacijente problematične* aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 2,59 dok standardna devijacija iznosi 1,19.

		N	%	\bar{x}	Sd
Bolnički management stvara klimu koja promovira sigurnost pacijenata	Izričito se ne slažem	11	11,5%		
	Ne slažem se	21	21,9%		
	Ni jedno ni drugo	36	37,5%		
	Slažem se	24	25,0%		
	Izričito se slažem	4	4,2%		
	Ukupno	96	100,0%	2,89	1,04
Bolnički odjeli ne surađuju najbolje međusobno	Izričito se ne slažem	6	6,3%		
	Ne slažem se	14	14,7%		
	Ni jedno ni drugo	28	29,5%		

	Slažem se	39	41,1%		
	Izričito se slažem	8	8,4%		
	Ukupno	95	100,0%	3,31	1,03
Dosta toga se izgubi prilikom premještanja pacijenta s jednog odjela na drugi	Izričito se ne slažem	13	13,7%		
	Ne slažem se	25	26,3%		
	Ni jedno ni drugo	21	22,1%		
	Slažem se	29	30,5%		
	Izričito se slažem	7	7,4%		
	Ukupno	95	100,0%	2,92	1,19
Dobra je suradnja među bolničkim odjelima koji trebaju raditi zajedno	Izričito se ne slažem	6	6,3%		
	Ne slažem se	16	16,7%		
	Ni jedno ni drugo	40	41,7%		
	Slažem se	24	25,0%		
	Izričito se slažem	10	10,4%		
	Ukupno	96	100,0%	3,17	1,03
Važni podaci o liječenju pacijenata često se izgube prilikom primopredaje službe	Izričito se ne slažem	22	22,9%		
	Ne slažem se	33	34,4%		
	Ni jedno ni drugo	21	21,9%		
	Slažem se	16	16,7%		
	Izričito se slažem	4	4,2%		
	Ukupno	96	100,0%	2,45	1,14
Često je neugodno raditi s osobljem sa drugih bolničkih odjela	Izričito se ne slažem	18	18,8%		
	Ne slažem se	29	30,2%		
	Ni jedno ni drugo	25	26,0%		
	Slažem se	18	18,8%		
	Izričito se slažem	6	6,3%		
	Ukupno	96	100,0%	2,64	1,17
Problemi uvijek nastanu pri razmjeni informacija između bolničkih odjela	Izričito se ne slažem	13	13,7%		
	Ne slažem se	25	26,3%		
	Ni jedno ni drugo	28	29,5%		
	Slažem se	26	27,4%		
	Izričito se slažem	3	3,2%		

	Ukupno	95	100,0%	2,80	1,09
Aktivnosti bolničkog managementa pokazuju da je sigurnost pacijenata vrhunski prioritet	Izričito se ne slažem	15	15,6%		
	Ne slažem se	12	12,5%		
	Ni jedno ni drugo	40	41,7%		
	Slažem se	20	20,8%		
	Izričito se slažem	9	9,4%		
	Ukupno	96	100,0%	2,96	1,16
Čini se da se bolnički management interesira za sigurnost pacijenata samo nakon što se neželjeni događaj dogodio	Izričito se ne slažem	9	9,4%		
	Ne slažem se	12	12,5%		
	Ni jedno ni drugo	28	29,2%		
	Slažem se	28	29,2%		
	Izričito se slažem	19	19,8%		
	Ukupno	96	100,0%	3,38	1,21
Bolnički odjeli dobro zajedno surađuju da bi pacijentima pružili najbolju skrb	Izričito se ne slažem	3	3,1%		
	Ne slažem se	12	12,5%		
	Ni jedno ni drugo	37	38,5%		
	Slažem se	34	35,4%		
	Izričito se slažem	10	10,4%		
	Ukupno	96	100,0%	3,38	,94
Promjene smjena su za bolničke pacijente problematične	Izričito se ne slažem	23	24,0%		
	Ne slažem se	21	21,9%		
	Ni jedno ni drugo	29	30,2%		
	Slažem se	18	18,8%		
	Izričito se slažem	5	5,2%		
	Ukupno	96	100,0%	2,59	1,19

Tablica 7.8. Odgovori na pitanja o bolnici [Izvor: autor]

U tablici 7.9. vidljivo je da je 40,6% sudionika navelo da nisu poslali nijedan izvještaj o neželjenom događaju, a 45,8% sudionika poslalo je 1 do 2 izvještaja.

	N	%
Niti jedan	39	40,6%

U posljednjih 12 mjeseci, koliko si izvještaja o neželjenom događaju ispunio i poslao	od 1 do 2 izvještaja	44	45,8%
	od 3 do 5 izvještaja	8	8,3%
	do 10 izvještaja	4	4,2%
	od 11 do 20 izvještaja	0	0,0%
	21 izvještaj ili više	1	1,0%
	Ukupno	96	100,0%

Tablica 7.9. Odgovori o broju izvještaja o neželjenom događaju [Izvor: autor]

Tablica 7.10. prikazuje najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora sudionika bilježimo za pitanje: *niste mogli na detaljan način dokumentirati svu njegu koju ste pružili* gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 2,62 dok standardna devijacija iznosi 1,11, za pitanje *niste bili u mogućnosti pružiti onu razinu emocionalne ili psihološke podrške pacijentu (ili njegovoj obitelji) koju ste smatrali potrebnom*, gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 2,58 dok standardna devijacija iznosi 1,05.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora sudionika bilježimo za pitanje: *niste mogli primijeniti lijekove (uključujući) intravensku terapiju kako je propisano ili u skladu sa sigurnom liječničkom praksom* gdje aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 2,07 dok standardna devijacija iznosi 0,95, za pitanje *niste bili u mogućnosti provoditi rutinsku higijenu pacijenata* aritmetička sredina odgovora sudionika iznosi 2,16 dok standardna devijacija iznosi 1,03.

		N	%	\bar{x}	Sd
Niste se mogli pomicati ili mijenjati položaj bolesnika s oštećenjem pokretljivosti niti ste mogli delegirati zadatak	Nikad	18	18,8%		
	Rijetko	25	26,0%		
	Ponekad	47	49,0%		
	Često	6	6,3%		
	Uvijek	0	0,0%		
	Ukupno	96	100,0%	2,43	,87
Niste mogli pratiti fiziološki status pacijenta prema standardima ili kako ste smatrali prikladnim (vitalni znakovi)	Nikad	26	27,1%		
	Rijetko	30	31,3%		
	Ponekad	35	36,5%		
	Često	5	5,2%		

	Uvijek	0	0,0%		
	Ukupno	96	100,0%	2,20	,90
Niste mogli pomoći pacijentu u pravodobnom mokrenju ili defekaciji (npr. posuda za krevet, invalidska kolica s posudom za krevet, odlazak na zahod) niti ste mogli delegirati zadatak	Nikad	27	28,1%		
	Rijetko	29	30,2%		
	Ponekad	32	33,3%		
	Često	8	8,3%		
	Uvijek	0	0,0%		
	Ukupno	96	100,0%	2,22	,95
Niste bili u mogućnosti pomoći pacijentu da postigne fizičku udobnost (npr. pravodobna primjena lijekova protiv bolova, podešavanje sobne temperature, trljanje leđa) niti ste mogli delegirati zadatak	Nikad	26	27,1%		
	Rijetko	35	36,5%		
	Ponekad	25	26,0%		
	Često	9	9,4%		
	Uvijek	1	1,0%		
	Ukupno	96	100,0%	2,21	,98
Niste bili u mogućnosti educirati pacijenta ili njegovu/njezinu obitelj kada ste smatrali da je to potrebno	Nikad	26	27,1%		
	Rijetko	29	30,2%		
	Ponekad	30	31,3%		
	Često	9	9,4%		
	Uvijek	2	2,1%		
	Ukupno	96	100,0%	2,29	1,04
Niste mogli dokumentirati sve aktivnosti procjene i praćenja	Nikad	22	22,9%		
	Rijetko	26	27,1%		
	Ponekad	32	33,3%		
	Često	16	16,7%		
	Uvijek	0	0,0%		
	Ukupno	96	100,0%	2,44	1,02
Niste bili u mogućnosti adekvatno pripremiti pacijenta za terapiju, pretrage ili zahvate	Nikad	27	28,1%		
	Rijetko	30	31,3%		
	Ponekad	25	26,0%		
	Često	12	12,5%		
	Uvijek	2	2,1%		
	Ukupno	96	100,0%	2,29	1,08
Niste bili u mogućnosti pružiti odgovarajuću pomoć tijekom uzimanja hrane ili tekućine pacijentima koji nisu u stanju	Nikad	29	30,2%		
	Rijetko	27	28,1%		
	Ponekad	28	29,2%		
	Često	10	10,4%		

samostalno jesti ili piti, niti ste mogli delegirati zadatak	Uvijek	2	2,1%		
	Ukupno	96	100,0%	2,26	1,07
Niste mogli promijeniti ulaznu točku za intravensku terapiju, cijevi i/ili obloge u vremenskom okviru kako je propisao liječnik/prema standardima ili kako smatrate prikladnim	Nikad	25	26,0%		
	Rijetko	34	35,4%		
	Ponekad	26	27,1%		
	Često	10	10,4%		
	Uvijek	1	1,0%		
	Ukupno	96	100,0%	2,25	,99
Niste bili u mogućnosti adekvatno nadzirati ili pratiti delegirane aktivnosti	Nikad	21	22,1%		
	Rijetko	32	33,7%		
	Ponekad	31	32,6%		
	Često	9	9,5%		
	Uvijek	2	2,1%		
	Ukupno	95	100,0%	2,36	1,00
Niste mogli pomoći u mobilnosti pacijenata niti ste mogli delegirati zadatak	Nikad	21	21,9%		
	Rijetko	31	32,3%		
	Ponekad	33	34,4%		
	Često	10	10,4%		
	Uvijek	1	1,0%		
	Ukupno	96	100,0%	2,36	,97
Niste mogli slijediti preporučene smjernice za sigurno premještanje pacijenata (npr. korištenje opreme za podizanje i/ili pomoć drugog osoblja)	Nikad	18	18,9%		
	Rijetko	30	31,6%		
	Ponekad	35	36,8%		
	Često	6	6,3%		
	Uvijek	6	6,3%		
	Ukupno	95	100,0%	2,49	1,07
Niste mogli na detaljan način dokumentirati svu njegu koju ste pružali	Nikad	16	16,7%		
	Rijetko	29	30,2%		
	Ponekad	32	33,3%		
	Često	13	13,5%		
	Uvijek	6	6,3%		
	Ukupno	96	100,0%	2,62	1,11
Niste bili u mogućnosti pružiti onu razinu emocionalne ili psihološke podrške pacijentu (ili njegovoj obitelji) koju ste smatrali potrebnom	Nikad	15	15,6%		
	Rijetko	32	33,3%		
	Ponekad	31	32,3%		
	Često	14	14,6%		
	Uvijek	4	4,2%		

	Ukupno	96	100,0%	2,58	1,05
Niste mogli primijeniti enteralnu ili parenteralnu prehranu kako je propisano ili u skladu sa sigurnom praksom	Nikad	29	30,2%		
	Rijetko	31	32,3%		
	Ponekad	26	27,1%		
	Često	8	8,3%		
	Uvijek	2	2,1%		
	Ukupno	96	100,0%	2,20	1,03
Niste mogli obaviti njegu rane (uključujući previjanje) kako je propisao liječnik/prema standardima ili kako ste smatrali prikladnim	Nikad	29	30,2%		
	Rijetko	31	32,3%		
	Ponekad	26	27,1%		
	Često	8	8,3%		
	Uvijek	2	2,1%		
	Ukupno	96	100,0%	2,20	1,03
Niste mogli primijeniti lijekove (uključujući) intravensku terapiju kako je propisano ili u skladu sa sigurnom liječničkom praksom	Nikad	33	34,4%		
	Rijetko	30	31,3%		
	Ponekad	26	27,1%		
	Često	7	7,3%		
	Uvijek	0	0,0%		
	Ukupno	96	100,0%	2,07	,95
Pacijent ili član obitelji morao je čekati više od 5 minuta nakon pokretanja zahtjeva (npr. preko gumba za sestru/svjetla za poziv)	Nikad	23	24,2%		
	Rijetko	32	33,7%		
	Ponekad	30	31,6%		
	Često	10	10,5%		
	Uvijek	0	0,0%		
	Ukupno	95	100,0%	2,28	,95
Niste mogli obavljati rutinsku njegu kože za svog pacijenta niti ste mogli delegirati zadatak	Nikad	28	29,5%		
	Rijetko	29	30,5%		
	Ponekad	28	29,5%		
	Često	9	9,5%		
	Uvijek	1	1,1%		
	Ukupno	95	100,0%	2,22	1,01
Niste imali dovoljno vremena promijeniti plahte zaprljane krvlju ili tjelesnim tekućinama niti ste mogli delegirati zadatak	Nikad	27	28,1%		
	Rijetko	27	28,1%		
	Ponekad	34	35,4%		
	Često	7	7,3%		
	Uvijek	1	1,0%		
	Ukupno	96	100,0%	2,25	,98

Niste bili u mogućnosti provoditi rutinsku higijenu pacijenata	Nikad	32	33,3%		
	Rijetko	27	28,1%		
	Ponekad	29	30,2%		
	Često	6	6,3%		
	Uvijek	2	2,1%		
	Ukupno	96	100,0%	2,16	1,03

Tablica 7.10. Odgovori o propuštnoj zdravstvenoj njezi [izvor: autor]

Na tablici 7.11. prikazani su odgovori sudionika na promatrane faktore u analizi. Kod faktora *sigurnost bolesnika* aritmetička sredina iznosi 3,05 uz standardnu devijaciju 0,50, kod faktora *propuštene zdravstvene njege* aritmetička sredina iznosi 2,30 uz standardnu devijaciju 0,82

		Sigurnost bolesnika	Propuštene zdravstvene njege
N	Valjanih	93	93
	Nedostaje	3	3
\bar{x}		3,0519	2,3057
Sd		,49655	,82894
Min		1,59	1,00
Max		4,88	4,24

Tablica 7.11. Prosječni pokazatelji za promatrane faktore [Izvor: autor]

7.1. Cronbach's Alpha (pouzdanost upitnika)

Nadalje, na sljedećim stranicama bit će prikazani rezultati za pouzdanost upitnika (Cronbach's Alpha) za promatrane faktore u analizi. Pogleda li se vrijednost Cronbach's Alpha koeficijenta za *promatrane faktore* na tablici 7.1.1. može se uočiti kako je njegova vrijednost poprilično visoka za sve promatrane faktore (veća od 0,7), te će u skladu s tim grupiranje biti provedeno prema navedenim kategorijama, što znači da su svi promatrani faktori visoko pouzdani.

Pitanja	Cronbach's Alpha	N of Items
Sigurnost bolesnika	0,780	17
Propuštene zdravstvene njege	0,975	21

Cronbach's alpha koeficijent mjeri pouzdanost varijabli, i ukazuje da li više varijabli možemo koristiti da formiramo jedinstveni skor

Tablica 7.1.1. Cronbach alpha – sastavnice [Izvor: autor]

Iz navedene tablice 7.1.2. može se uočiti kako korelacija između pokazatelja *sigurnost bolesnika* i *propuštene zdravstvene njege* nije statistički značajna ($p > 0,05$), dakle između promatranih pokazatelja ne postoji statistički značajna veza.

		Sigurnost bolesnika	Propuštene zdravstvene njege
Sigurnost bolesnika	r	1,000	-,181
	p	.	,088
	N	93	90
Propuštene zdravstvene njege	r	-,181	1,000
	p	,088	.

	N	90	93
--	---	----	----

Tablica 7.1.2. Spearmanov koeficijent korelacije [Izvor: autor]

Iz tablice 7.1.2. može se uočiti kako statsitički značajna povezanost nije uočena između *sigurnosti bolesnika* i *propuštene zdravstvene njege* ($p > 0,05$).

7.2. Testiranje razlike kod promatranih faktora

Na sljedećim će stranicama biti provedeno testiranje kod promatranih faktora s obzirom na promatrane pokazatelje, testiranje će biti provedeno putem Mann-Whitney U testa i Kruskal–Wallis testam testiranje će biti prikazano počevši sa tablicom 7.2.1, pri čemu je tablica 7.2.1 tablica rangova (viša vrijednost rangova označava višu razinu promatranog pokazatelja), dok je tablica 7.2.2 tablica s testnom statistikom (p vrijednostima).

	Koje je vaše primarno mjesto rada ili odjel u bolnici	N	Aritmetička sredina rangova
Sigurnost bolesnika	Više odjela (ni jedan posebno)	2	56,25
	Kirurgija	32	41,89
	Neurologija	2	60,25
	Psihijatrija / mentalno zdravlje	8	44,56
	Rehabilitacija	3	36,17
	Interni odjel	17	46,82
	Ginekologija	5	23,80
	Hitni prijem	1	74,50
	Ostalo	16	44,56
	Ukupno	86	
Propuštene zdravstvene njege	Više odjela (ni jedan posebno)	2	12,50
	Kirurgija	34	46,00
	Neurologija	2	68,50
	Psihijatrija / mentalno zdravlje	8	49,13

	Rehabilitacija	3	34,33
	Interni odjel	18	45,64
	Ginekologija	4	44,88
	Hitni prijem	1	17,50
	Ostalo	15	39,17
	Ukupno	87	

Tablica 7.2.1. Rangovi [Izvor: autor]

	Sigurnost bolesnika	Propuštene zdravstvene njege
Kruskal-Wallis H	6,837	7,725
df	8	8
p (značajnost)	,554	,461

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Koje je vaše primarno mjesto rada ili odjel u bolnici

Tablica 7.2.2.. Testna statistika^{a,b} [Izvor: autor]

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *promatranih faktora* može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na pitanje *koje je vaše primarno mjesto rada ili odjel u bolnici*.

	Koliko dugo radite u ovoj bolnici	N	Aritmetička sredina rangova
Sigurnost bolesnika	Manje od 1 g.	10	46,30
	od 2 do 5 g.	24	56,73
	od 6 do 10 g.	12	50,63
	od 11 do 15 g.	16	39,25
	od 16 do 20 g.	12	42,58
	više od 21 g.	19	42,11
	Ukupno	93	
Propuštene zdravstvene njege	Manje od 1 g.	10	44,85
	od 2 do 5 g.	23	43,04
	od 6 do 10 g.	14	51,79

	od 11 do 15 g.	17	45,24
	od 16 do 20 g.	12	47,21
	više od 21 g.	17	51,29
	Ukupno	93	

Tablica 7.2.3. Rangovi [Izvor: autor]

	Sigurnost bolesnika	Propuštene zdravstvene njege
Kruskal-Wallis H	5,627	1,505
df	5	5
p (značajnost)	,344	,912

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Koliko dugo radite u ovoj bolnici

Tablica 7.2.4. Testna statistika^{a,b} [Izvor: autor]

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *promatranih faktora* može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom pitanje *koliko dugo radite u ovoj bolnici*.

	Koliko dugu radite na trenutnom radnom mjestu / odjelu	N	Aritmetička sredina rangova
Sigurnost bolesnika	manje od 1 g.	14	49,21
	od 1 do 5 g.	34	53,79
	od 6 do 10 g.	13	57,65
	od 11 do 15 g.	13	38,27
	od 16 do 20 g.	13	34,42
	više od 21g.	6	26,42
	Ukupno	93	
Propuštene zdravstvene njege	manje od 1 g.	14	50,46
	od 1 do 5 g.	34	40,99
	od 6 do 10 g.	14	54,89
	od 11 do 15 g.	14	41,11

	od 16 do 20 g.	12	55,79
	više od 21g.	5	51,50
	Ukupno	93	

Tablica 7.2.5. Rangovi [Izvor: autor]

	Sigurnost bolesnika	Propuštene zdravstvene njege
Kruskal-Wallis H	11,990	5,208
df	5	5
p (značajnost)	,035	,391

a. Kruskal Wallis Test

b. GroupingVariable: Koliko dugu radite na trenutnom radnom mjestu / odjelu

Tablica 7.2.6. Testna statistika ^{a,b} [Izvor: autor]

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *sigurnost bolesnika* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p=0,035$, dakle postoji statistički značajna razlika s obzirom na pitanje *koliko dugu radite na trenutnom radnom mjestu/odjelu*. Pri tome se u tablici 7.2.5. može uočiti kako je vrijednost rangova viša (viša je razina sigurnosti) kod sudionika s manje radnog staža (do 10 godina).

	Vaša razina obrazovanja	N	Aritmetička sredina rangova
Sigurnost bolesnika	SSS	45	49,38
	Prvostupnik /ca sestrinstva	32	47,55
	Diploniran / a medicinska sestra / tehničar / magistar / ca sestrinstva	16	39,22
	Ukupno	93	
Propuštene zdravstvene njege	SSS	43	44,05
	Prvostupnik /ca sestrinstva	34	53,49
	Diploniran / a medicinska sestra / tehničar / magistar / ca sestrinstva	16	41,16

	Ukupno	93	
--	--------	----	--

Tablica 7.2.7. Rangovi [Izvor: autor]

	Sigurnost bolesnika	Propuštene zdravstvene njege
Kruskal-Wallis H	1,698	3,236
df	2	2
p (značajnost)	,428	,198

a. Kruskal Wallis Test

b. GroupingVariable: Vaša razina obrazovanja

Tablica 7.2.8. Testna statistika^{a,b}

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *promatranih faktora* može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom pitanje *Vaša razina obrazovanja*.

Testiranjem hipoteza sve postavljene tri hipoteze su potvrđene.

- Ne postoji statistički značajna razlika u ocjenama sigurnosti bolesnika s obzirom na dob, razinu obrazovanja i radno mjesto sudionika.
- Postoji statistički značajna razlika u ocjenama sigurnosti bolesnika s obzirom na radni staž sudionika.
- Utjecaj propuštene zdravstvene njege ne utječe na sigurnost pacijenata.

8. Rasprava

U Hrvatskoj je provedeno jako malo istraživanja na temu sigurnosti pacijenata i propuštene zdravstvene njege. Ova tema je mnogo raširenija u zemljama s visokim prihodima i na engleskom govornom području. Autori Kumpović i Režić (2020) proveli su pregled literature o propuštenoj zdravstvenoj njezi [9], napisan je jedan završni rad autora Tokić (2017) [65], te jedan diplomski rad o sigurnosti pacijenata autora Jušić (2015) [66].

Najčešće korišteni instrument za procjenu kulture sigurnosti je *Bolnička anketa o kulturi sigurnosti pacijenata* (HSOPSC) Agencije Sjedinjenih Država (SAD) za istraživanje i kvalitetu zdravstvene zaštite (AHRQ) [67] koji je korišten i u provedenom istraživanju [64]. Ovaj upitnik procjenjuje percepciju kulture sigurnosti pacijenata među bolničkim osobljem, uključujući vrijednosti, uvjerenja i standarde ustanove; izvješćivanje o događajima; komunikacija; rukovodstvo; i menadžment [68].

Istraživanje je provedeno među 100 medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u hrvatskim bolnicama, najveći udio tj. trećina sudionika radi na odjelu kirurgije, te petina na internom odjelu slično kao u istraživanjima autora Granel i sur. (2020) [68].

Najveći udio sudionika tj. oko trećina, zaposlen je u bolnici između 2-5 godina, dok se zbroje rezultati polovina sudionika radi u bolnici dulje od 6 godina što prema prethodnim studijama autora Ammourija i sur. (2015) [69] te Changa i sur. (2016) [70] ukazuje na njihovo dobro poznavanje ustanova i njihove kulture sigurnosti.

Oko dvije trećine sudionika tjedno radi između 41-60 sati. To je zabrinjavajući podatak jer su studije koje su ispitivale povezanost radnog vremena i zdravlja zaposlenika otkrile da je broj odrađenih sati rada koji redovito prolazi 48 sati tjedno, značajan izvor stresa. Smanjuje se zadovoljstvo poslom, pojačava utjecaj drugih stresora i predstavlja ozbiljan rizik za mentalno zdravlje. Rizik od kardiovaskularnih bolesti, prevalencija općih ili tjelesnih simptoma (kao što su glavobolja, mučnina, nesanica, iscrpljenost i depresija) i nezdravi obrasci ponašanja kao što su pušenje, uporaba stimulansa, loša i neredovita prehrana te neredovit san povećavaju se redovitim radom koji traje duže od 60 sati ili više

od 50 sati tjedno. Problemi s društvenim i obiteljskim životom također se pogoršavaju kada radni sati prelaze 50 sati tjedno [71]. Činjenica je da u Hrvatskoj mnoge medicinske sestre rade prekovremeno [72,73] što značajno može utjecati na kvalitetu rada, a posljedično na propuštenu zdravstvenu njegu i sigurnost pacijenata, a jedan od razloga je nedovoljan broj osoblja.

Oko pola ispitanika su medicinske sestre/tehničari opće njege, dok je diplomiranih medicinskih sestara/tehničara 16 (16,7%) slično kao u istraživanju autora Tokić (2017) [65], te podacima o ukupnom broju zaposlenih medicinskih sestara/tehničara u Hrvatskoj iz 2012. autora Mihajlovića (2014) [74]: „U 2012. godini u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske je bilo 24.262 medicinskih sestara zaposlenih na neodređeno, od čega je njih 82% (19.874) medicinskih sestara/tehničara opće njege i 18% (4.388) više i visoke stručne spreme“ [74]. U većini hrvatskih bolnica prevladavaju medicinske sestre/tehničari opće njege što se može pripisati i dobi radnika, od kojih mnogi rade godinama iz doba kada su rijetki nastavljali školovanje nakon srednje medicinske škole.

Dvije trećine sudionika radi u smjenama. Smjenski rad također utječe na zdravlje, a zbog zakonskih izuzeća od noćnih smjena poput samohranog roditeljstva ili pet godina do mirovine [72] teret noćnih smjena pada na one koji nisu izuzeti. Pregled literature autora Rosa i sur. (2019) pokazao je da rad u smjenama za medicinske sestre/tehničare uključuje promjenu psihofizičke homeostaze, sa smanjenjem učinka. Prepreka je društvenim i obiteljskim odnosima, kao i faktor rizika za stres, poremećaje spavanja, metaboličke poremećaje, dijabetes, kardiovaskularne poremećaje i rak dojke što opet može utjecati na ishode njege [75].

Na pitanja o radnom okruženju najveći udio sudionika složio se da zaposlenici podupiru jedni druge, da nema dovoljno osoblja za obavljanje radnih zadaća, velik dio sudionika složio se ili izričito složio da zajedno rade kao tim kada je potrebno u kratko vrijeme dovršiti posao. U Španjolskoj su provedena četiri istraživanja pomoću HSOPSC-a [76, 77, 78, 79]. Svi su naveli da je "timski rad unutar jedinica" dimenzija s najpozitivnijim

rezultatima. U većini drugih europskih studija, dimenzija "timski rad unutar jedinica" smatra se jačom stranom, osim u nekim istočnoeuropskim zemljama [80, 81,82,83].

Na pitanje o međusobnom poštovanju na odjelu najveći dio sudionika odgovorio je „Ni jedno ni drugo“, općenito gledano većina sudionika ne slaže se ili nema mišljenje o tome da ljudi na odjelu poštuju jedni druge. Medicinske sestre/tehničara često se žale da u bolnicama ne dobivaju dovoljno poštovanje, a jedna od strategija za stvaranje zdravog i pozitivnog radnog okruženja je jačanje poštujućeg ponašanja među medicinskim sestrama. Voditelji medicinskih sestara/tehničara mogu promicati zdravo radno okruženje prepoznavanjem ovih izazova i primjenom strategija ublažavanja te iskorištavanjem njihovih prednosti kao što su samoučinkovitost, samopouzdanje i organizacijska predanost [84]. Pozitivno okruženje na radnom mjestu povećava razinu zadovoljstva poslom, kao i održavanje i zadržavanje osoblja, što treba biti razvijena kao jedna od ključnih odgovornosti voditelja medicinskih sestara/tehničara [85]. Autor Lee (2013) je uveo "poštovanje" kao jedan od sedam čimbenika koji utječu na kvalitetu radnog života medicinskih sestara/tehničara, što je utjecalo i na tendenciju napuštanja organizacije [86].

Ističe se broj sudionika koji se složio ili izričito složio da se aktivno poduzimaju mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata, slično kao u istraživanju autora Tokić (2017) [65]. Frekvencija odgovora ukazuje na zabrinutost sudionika oko sigurnosti pacijenata, ali većina smatra da svojim postupcima i organizacijom preveniraju pogreške. Izgradnja kulture sigurnosti unutar zdravstvene organizacije ključna je komponenta upravljanja medicinskim sestrama. Važno je da medicinske sestre/tehničari i pomoćno osoblje prepoznaju i prate ljudske čimbenike koji mogu ugroziti sigurnost pacijenata, uključujući obradu informacija i donošenje odluka [87].

Na pitanjima o voditeljima ističe se odgovor da supervizor/rukovoditelj uzima u obzir prijedloge osoblja za poboljšanje sigurnosti pacijenata, sudionici se većinom ne slažu ili izričito ne slažu da rukovoditelji zanemaruju ponavljajuće probleme sigurnosti pacijenata. Prema Norrisu (2009) koji je istraživao ljudske faktore i sigurnost pacijenata alati dostupni voditeljima medicinskih sestara/tehničara za promjenu ljudskih čimbenika u svrhu

poboljšanja sigurnosti pacijenta jesu: analiza korijena problema, stablo odlučivanja o incidentu, predviđanje; timski rad; mjerenje kulture sigurnosti; i nabava medicinskih uređaja i opreme [87]. U istraživanju autora Ammourija i sur. (2014) medicinske sestre/tehničari koje su percipirali više očekivanja nadređenih ili menadžera, povratne informacije i komunikacije o pogreškama, timski rad u bolničkim jedinicama i primopredaje prompredaji smjena imali su bolju ukupnu percepciju sigurnosti pacijenata [88].

Većina sudionika složila se s tvrdnjom da nisu obaviješteni o promjenama uvedenim na osnovi prijava neželjenih događaja, ali da su informirani o pogreškama koje se dogode na odjelu. Autor Ammouri i sur. (2014) utvrdili su da medicinske sestre/tehničari koji su primijetili više timskog rada unutar jedinica i više povratnih informacija i komunikacije o pogreškama imali veću učestalost prijavljenih događaja [88].

Najveći dio sudionika ocjenio je sigurnost pacijenata s prosječnom na odjelu, vrlo dobrom ili odličnom što je slično istraživanju provedenom u Švedskoj autora Nordin i sur. (2013) [82]. Rezultati istraživanja ukazuju da je sigurnost pacijenata na prihvatljivoj razini.

Oko pola sudionika složio se tvrdnjom da se čini se da se bolnički management interesira za sigurnost pacijenata samo nakon što se neželjeni događaj dogodio, te smatraju da bolnički odjeli dobro zajedno surađuju kako bi pacijentima pružili najbolju skrb. Ovi rezultati pokazuju da je podrška uprave bolnice nedovoljna, a nedostatak povjerenja u daljinsko upravljanje je problematičan jer je upravljanje ključni element koji pridonosi sigurnoj kulturi [82]. Menadžment je važan instrument institucionalne politike po svojoj koordinirajućoj i interaktivnoj prirodi, stoga je potpora menadžmenta sigurnosti pacijenata bitan aspekt u bolničkoj organizaciji i može ukazivati na to da bolnice ne percipiraju stav stručnjaka iz sestriinstva o promicanju sigurnosti pacijenata na što mogu indicirati niski rezultati dijela upitnika o managementu [88].

Na dijelu pitanja o propuštanju zdravstvene njege najviše uključuju nedetaljno dokumeniranje pružene zdravstvene njege, nedovoljno pružanje emocionalne ili psihološke podrške pacijentu (ili njegovoj obitelji) koju su smatrali potrebnom, što je

također ustanovljeno u pregledu literature autora Kumpović i Režić (2020) [9]. Budući da neizravno imaju „manji“ utjecaj na zdravlje bolesnika, često se zanemaruju elementi neadekvatne zdravstvene njege koji se odnose na zadovoljavanje psihičkih i emocionalnih potreba bolesnika (edukacija, emocionalna podrška, ugodan razgovor s bolesnikom) u odnosu na fiziološke potrebe. Prethodno spomenutim komponentama potrebno je više vremena za implementaciju i teže ih je otkriti ako su izvedene na neispravan način [9].

Rezultati provedenog istraživanja mogu pomoći supervizorima medicinskih sestara da identificiraju slabosti i snage u vezi s pitanjima sigurnosti u bolnici na temelju percepcije i ponašanja medicinskih sestara. Važnost ovog istraživanja je što doprinosi broju istraživanja na hrvatskom jeziku o propuštenoj zdravstvenoj njezi. Iako je provedeno na malom uzroku upućuje na mjere koje je potrebno poduzeti kako bi se sigurnost pacijenta poboljšala. Nedostatak ovog istraživanja je što je sudjelovao mali broj sudionika iz različitih ustanova što ne pokazuje pravo stanje ustanova u kojima sudionici rade. Preporuka je provesti istraživanje sa velikim brojem medicinskih sestara/tehničara kako bi se bolje uočilo stanje sigurnosti pacijenata i faktora koji mogu utjecati na smanjenje propuštene zdravstvene njege u Hrvatskoj.

9. Zaključak

Rezultati ove studije pokazuju da utjecaj propuštene zdravstvene njege nije značajno utjecao na sigurnost pacijenata, a provedeno istraživanje se smatra korisnim za procjenu kulture sigurnosti pacijenata u hrvatskim zdravstvenim ustanovama. Provedeni upitnik AHQR prikladan je za korištenje u kliničkim i istraživačkim okruženjima i omogućuje liječnicima, medicinskim sestrama/tehničarima i drugima te istraživačima usporedbu rezultata u različitim zemljama. Na propuštenu zdravstvenu njegu svakako utjecaj ima stres od smjenskog rada, prekovremeni broj radnih sati i odlučivanje kojim će se sestrijskim intervencijama dati prednost zbog vjerojatne preopterećenosti. U provedenom istraživanju propuštena zdravstvena njega vezana je uz nedostatak psihološke podrške pacijentu ili njegovoj obitelji te nedetaljno dokumentiranje pružene zdravstvene njege što nema izravan utjecaj na sigurnost pacijenta. U Hrvatskoj je nedostatak medicinskih sestara/tehničara ozbiljan problem koji zahtijeva kompleksnija rješenja na državnoj razini. Supervizori medicinskih sestara/tehničara mogu djelovati na bazi modela MISSCARE po svim njegovim segmentima, kako bi postigli najbolje uvjete za osoblje koje vode. Unutar vlastite jedinice, suradnja i komunikacija su visoko cijenjeni, ali podrška uprave smatra se nedostatnom. Sudionici ocjenjuju sigurnost vrlo dobrom ili izvrsnom. Kako bi se poboljšala sigurnost pacijenata i spriječili neželjeni događaji, bolnička uprava mora preventivno djelovati na temelju podnesenih izvještaja o neželjenim događajima. Rukovodstvu zdravstvene ustanove moglo bi biti korisno koristiti AHQR upitnik za usporedbu pri poboljšanju ukupne kulture sigurnosti pacijenata u bolnicama i saznati više o specifičnim područjima kojima je potrebna dodatna pažnja, kao što su rad u smjenama, osoblje i prevelik broj pacijenata. Ipak, primjenu AHQR treba dodatno potvrditi u većim uzorcima u različitim situacijama i regijama. Kako bi se identificirala područja u kojima se mogu poduzeti mjere za povećanje sigurnosti, također je potrebno ispitati varijacije u kulturi sigurnosti pacijenata među skupinama osoblja i čimbenike koji utječu na kulturu sigurnosti pacijenata. Voditelji medicinskih sestara mogli bi razviti i implementirati specifične strategije za poboljšanje sigurnosti pacijenata, uključujući pružanje edukacije o kulturi sigurnosti pacijenata za članove osoblja (uključujući

menadžere). Menadžeri također mogu promicati pozitivnu kulturu kroz komunikaciju poticanjem osoblja da obavještavaju incidente i izbjegavanjem kaznenih odgovora.

10. Literatura

1. <https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-i-patient-safety>, dostupno 17.08.2022.
2. <http://aaz.hr/sigurnost>, dostupno 17.08.2022.
3. L. H. Aiken, D. M. Sloane, L. Bruyneel, K. Van den Heede, i W. Sermeus: Nurses' reports of working conditions i hospital quality of care in 12 countries in Europe, *International Journal of Nursing Studies*, br. 50(2), 2013., str. 143–153
4. S.-H. Bae i D. Fabry: Assessing the relationships between nurse work hours/overtime i nurse i patient outcomes: Systematic Literature Review, *Nursing Outlook*, br. 62 (2), 2014., str. 138–156
5. E. Gurková, M. S. Soósová, S. Haroková, K. Žiaková, R. Šerfelová, i M. Zamboriová: Job satisfaction i leaving intentions of Slovak i Czech nurses, *International Nursing Review*, br. 60 (1), 2012., str. 112–121.
6. X. Liu, J. Zheng, K. Liu, J. G. Baggs, J. Liu, Y. Wu, i L. You: Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, i nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis, *International Journal of Nursing Studies*, br. 86 (10), 2018., str. 82–89
7. D. F. S. Alves i E. B. Guirardello, Safety climate, emotional exhaustion i job satisfaction among Brazilian Paediatric Professional Nurses, *International Nursing Review*, br. 63 (3), 2016., str. 328–335
8. L. H. Hall, J. Johnson, I. Watt, A. Tsipa, i D. B. O'Connor: Healthcare staff wellbeing, Burnout, i Patient Safety: A Systematic Review: *PLOS ONE*, br. 11 (7), 2016.
9. D. Kumpović i S. Režić Što je nedostatna zdravstvena njega? *Sestrinski glasnik*, br. 25 (2), 2020., str. 135–138
10. B. J. Kalisch i R. A. Williams Development i psychometric testing of a tool to measure missed nursing care, *JONA: The Journal of Nursing Administration*, br. 39 (5), 2009., str. 211–219

11. M. Schubert, T. R. Glass, S. P. Clarke, B. Schaffert-Witvliet, i S. De Geest: Validation of the Basel extent of rationing of Nursing Care Instrument, *Nursing Research*, br. 56 (6), 2007., str. 416–424
12. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, dostupno 17.09.2022.
13. E. J. Thomas: The harms of promoting 'zero harm', *BMJ Quality & Safety*, br. 29 (1), 2019., str. 4–6
14. L. T. Kohn, *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 2009.
15. <http://aaz.hr/hr/sigurnost/pokazatelji>, dostupno 17.09.2022.
16. <http://aaz.hr/hr/sigurnost/pokazatelji/neocekivani-nezeljeni-dogadaji>, dostupno 17.09.2022.
17. <http://aaz.hr/hr/sigurnost/pokazatelji/ostali-nezeljeni-dogadaji>, dostupno 17.09.2022.
18. D. Kalánková, K. Žiaková, i R. Kurucová: Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care - A literature review, *Central European Journal of Nursing i Midwifery*, br. 10 (1), 2019., str. 1005–1016
19. R. J. Lucero, E. T. Lake, i L. H. Aiken: Variations in nursing care quality across hospitals, *Journal of Advanced Nursing*, br. 65 (11), 2009., str. 2299–2310
20. P. S. Groves, R. J. Meisenbach, i J. Scott-Cawiezell: Keeping patients safe in healthcare organizations: A structuration theory of safety culture, *Journal of Advanced Nursing*, br. 67(8), 2011., str. 1846–1855
21. M. A. Blegen, C. J. Goode, i L. Reed: Nurse staffing i patient outcomes, *Nursing Research*, br. 47(1), 1998., str. 43–50
22. J. B. Dimick, S. M. Swoboda, P. J. Pronovost, i P. A. Lipsett: Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications i resource use after hepatectomy, *American Journal of Critical Care*, br. 10(1), 2001., str. 376–382
23. J. Sochalski: Is more better?, *Medical Care*, br. 42(2), 2004.

24. V. L. Montgomery: Effect of fatigue, workload, i environment on patient safety in the Pediatric Intensive Care Unit, *Pediatric Critical Care Medicine*, br. 8(3), 2007.
25. L. K. Lichtig, R. A. Knauf, i D. K. Milholli: Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes,+ *JONA: The Journal of Nursing Administration*, br. 29(2), 1999., str. 25–33
26. J. Needleman, P. Buerhaus, S. Mattke, M. Stewart, i K. Zelevinsky: Nurse-staffing levels i the quality of care in Hospitals, *New Engli Journal of Medicine*, br. 346(5), 2002., str. 1715–1722
27. L. H. Aiken: Hospital nurse staffing i patient mortality, nurse burnout, i job dissatisfaction, *JAMA*, br. 288(16), 2002., str. 1987-1993
28. K.M. White i A. O'Sullivan: The essential guide to nursing practice applying ANA's scope i standards to practice i education, American nurse Association, 2012.
29. Berman, B. Kozier, i G. L. Erb: *Kozier i Erb's fundamentals of Nursing*, Frenchs Forest, N.S.W., Pearson Australia, 2015.
30. Homans G.C: *The Human Group*. TransactionPublishers, New York, NY, 1992
31. <https://faculty.haas.berkeley.edu/tetlock/Vita/Philip%20Tetlock/Phil%20Tetlock/1999-2000/2001%20Poking%20Counterfactual%20Holes%20in%20Covering%20Law%20s....pdf>, dostupno 18.09.2022.
32. P. Carayon i A. P. Gürses: A human factors engineering conceptual framework of nursing workload i patient safety in Intensive Care Units, *Intensive i Critical Care Nursing*, br. 21(5), 2005., str. 284–301,
33. K. F. Stein: Schema model of the self-concept, *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, br. 27(3), 1995, str. 187–193
34. H. Aarts, B. Verplanken, i A. Knippenberg: Predicting behavior from actions in the past: Repeated decision making or a matter of habit?, *Journal of Applied Social Psychology*, br. 28(15), 1998., str. 1355–1374
35. E. Papastavrou, P. Ireou, i G. Efstathiou: Rationing of nursing care i nurse-patient outcomes: A systematic review of Quantitative Studies, *The International Journal of Health Planning i Management*, br. 29(1), 2013., str. 3–25

36. M. Schubert, S. P. Clarke, T. R. Glass, B. Schaffert-Witvliet, i S. De Geest: Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care i nurse- i patient-reported outcomes in Swiss Hospitals: A correlational study, *International Journal of Nursing Studies*, br. 46(7), 2009., str. 884–893
37. W. Sermeus, L. H. Aiken, K. Van den Heede, A. M. Rafferty, P. Griffiths, M. T. Moreno-Casbas, R. Busse, R. Lindqvist, A. P. Scott, L. Bruyneel, T. Brzostek, J. Kinnunen, M. Schubert, L. Schoonhoven, i D. Zikos: Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design i methodology,” *BMC Nursing*, br. 10(1), 2011
38. E. T. Lake: The Nursing Practice Environment, *Medical Care Research i Review*, br. 64(2), 2007.
39. D. Tschannen, B.J. Kalisch i K.H. Lee: Missed nursing care: the impact on intention to leave i turnover, *Canadian Journal of Nursing Research*, br. 42(4), 2019., 22-39
40. S. R. Dhaini, D. Ausserhofer, M. El Bajjani, N. Dumit, H. Abu-Saad Huijjer, i M. Simon: A longitudinal study on implicit rationing of nursing care among Lebanese patients – study protocol, *Journal of Advanced Nursing*, br. 75(7), 2019., str. 1592–1599
41. C. M. Rochefort, B. A. Rathwell, i S. P. Clarke: Rationing of nursing care interventions i its association with nurse-reported outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit: A cross-sectional survey, *BMC Nursing*, br. 15(1), 2016.
42. L. Mial, A. Seethalakshmi, i A. Rajendrababu: Rationing of nursing care, a deviation from Holistic Nursing: A systematic review, *Nursing Philosophy*, br. 21(1), 2019
43. S. H. Park, M. Hanchett, i C. Ma: Practice environment characteristics associated with missed nursing care, *Journal of Nursing Scholarship*, br. 50(6), 2018., str. 722–730
44. B. J. Kalisch, B. Xie, i B. W. Dabney: Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events, *American Journal of Medical Quality*, br. 29(5), 2013., str. 415–422

45. Młynarska, A. Krawuczka, E. Kolarczyk, i I. Uchmanowicz: Rationing of nursing care in Intensive Care Units, *International Journal of Environmental Research i Public Health*, br. 17(19), 2020., str. 6944
46. W. Dabney i B. J. Kalisch: Nurse staffing levels i patient-reported missed nursing care, *Journal of Nursing Care Quality*, br. 30(4), 2015., str. 306–312
47. Kalisch i K. H. Lee: Staffing i job satisfaction: Nurses i nursing assistants, *Journal of Nursing Management*, br. 22(4), 2012., str. 465–471
48. <https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/hrvatskom-javnom-zdravstvu-nedostaje-2-000-lijecnika-i-4-500-medicinskih-sestara-15028279>, dostupno 18.09.2022.
49. R. F. AbuAlRub: Nursing shortage in Jordan: What is the solution?, *Journal of Professional Nursing*, br. 23(2), 2007., str. 117–120
50. C.-Y. Cheng i S.-R. Liou: Intention to leave of Asian nurses in US hospitals: Does cultural orientation matter?, *Journal of Clinical Nursing*, br. 20(13-14), 2011., str. 2033–2042
51. J. H. Larrabee, M. A. Janney, C. L. Ostrow, M. L. Withrow, G. R. Hobbs, i C. Burant: Predicting registered nurse job satisfaction i intent to leave, *JONA: The Journal of Nursing Administration*, br. 33(5), 2003., str. 271–283
52. C. Maslach i S. E. Jackson: The measurement of experienced burnout, *Journal of Organizational Behavior*, br. 2(2), 1981., str. 99–113
53. <https://www.spica.com/blog/interruptions-at-work>, dostupno 18.09.2022.
54. D. H. Shum, A. Cahill, L. C. Hohaus, J. G. O'Gorman, i R. C. Chan: Effects of aging, planning, i interruption on complex prospective memory, *Neuropsychological Rehabilitation*, br. 23(1), 2013., str. 45–63
55. N. Abdelhadi, A. Drach-Zahavy, i E. Srulovici: Work interruptions i missed nursing care: A necessary evil or an opportunity? the role of nurses' sense of controllability, *Nursing Open*, br. 9(1), 2021., str. 309–319
56. <https://www.vecernji.hr/vijesti/manjka-6000-medicinara-najvise-sestara-i-obiteljskih-lijecnika-a-situacija-ce-biti-ios-gora-1572402>, dostupno 18.09.2022.

57. M. Butler, T. J. Schultz, P. Halligan, A. Sheridan, L. Kinsman, T. Rotter, J. Beaumier, R. G. Kelly, i J. Drennan: Hospital nurse-staffing models i patient- i staff-related outcomes, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, br. 4(4), 2019.
58. D. Ausserhofer, B. Zier, R. Busse, M. Schubert, S. De Geest, A. M. Rafferty, J. Ball, A. Scott, J. Kinnunen, M. Heinen, I. Strømseng Sjetne, T. Moreno-Casbas, M. Kózka, R. Lindqvist, M. Diomidous, L. Bruyneel, W. Sermeus, L. H. Aiken i R. Schwendimann: Prevalence, patterns i predictors of nursing care left undone in European Hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study, *BMJ Quality & Safety*, br. 23(2), 2013., str. 126–135
59. M. Bekker, S. K. Coetzee, H. C. Klopper, i S. M. Ellis: Non-nursing tasks, nursing tasks left undone i job satisfaction among professional nurses in South African hospitals,” *Journal of Nursing Management*, br. 23(8), 2014., str. 1115–1125
60. P. Griffiths, A. Recio-Saucedo, C. Dall’Ora, J. Briggs, A. Maruotti, P. Meredith, G. B. Smith, i J. Ball: The association between Nurse Staffing i omissions in nursing care: A systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, br. 74(7), 2018., str. 1474–1487
61. A. Recio-Saucedo, C. Dall’Ora, A. Maruotti, J. Ball, J. Briggs, P. Meredith, O. C. Redfern, C. Kovacs, D. Prytherch, G. B. Smith, i P. Griffiths: What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? review of the literature, *Journal of Clinical Nursing*, br. 27(11-12), 2017., str. 2248–2259
62. J. E. Ball, L. Bruyneel, L. H. Aiken, W. Sermeus, D. M. Sloane, A. M. Rafferty, R. Lindqvist, C. Tishelman, i P. Griffiths: Post-operative mortality, missed care i nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*, br. 78(2), 2018., str. 10–15
63. M. Schubert, S. P. Clarke, L. H. Aiken, i S. de Geest: Associations between rationing of nursing care i inpatient mortality in Swiss hospitals, *International Journal for Quality in Health Care*, br. 24(3), 2012., str. 230–238
64. http://zdravstvo-kvaliteta.org/dokumenti/radionice/hospform_hrv.pdf, dostupno 19.09.2022.

65. M. Tokić: Ispitivanje percepcije medicinskih sestara- tehničara o propuštenoj zdravstvenoj njezi u Općoj bolnici Zadar, Sveučilište i Zadru, Zadar, 2017.
66. S. Jušić: Sigurnost pacijenata, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2015.
67. <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2014-user-comparative-database-report>, dostupno 19.09.2022.
68. N. Granel, J. M. Manresa-Domínguez, C. E. Watson, R. Gómez-Ibáñez, i M. D. Bernabeu-Tamayo: Nurses' perceptions of patient safety culture: A mixed-methods study, BMC Health Services Research, br. 20(1), 2020.
69. A. A. Ammouri, A. K. Tailakh, J. K. Muliira, R. Geethakrishnan, i S. N. Al Kindi: Patient safety culture among nurses, International Nursing Review, br. 62(1), 2014., str. 102–110
70. H.-Y. Chang, D. Friesner, I.-C. Lee, T.-L. Chu, H.-L. Chen, W.-E. Wu, i C.-I. Teng: Openness to experience, work experience i patient safety, Journal of Nursing Management, br. 24(8), 2016., str. 1098–1108
71. B. Radošević-Vidaček i A. Košćec: Europska Direktiva O radnom vremenu: Između Zaštite Zdravlja radnika I Kompetitivne Ekonomije, br. 49(1), 2007., str. 9-18
72. <https://www.bilten.org/?p=39505>, dostupno 19.09.2022.
73. <https://www.vecernji.hr/vijesti/osigurana-milijarda-da-se-lijecnicima-plati-prekovremeni-rad-1523885>, dostupno 19.09.2022.
74. A. Mihajlović: Broj medicinskih Sestara U Republici Hrvatskoj, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2015.
75. D. Rosa, S. Terzoni, F. Dellafiore, i A. Destrebecq: Systematic review of shift work i nurses' health, Occupational Medicine, br. 69(4), 2019, str. 237–243
76. R. Mir-Abellán, A. Falcó-Pegueroles, i M. L. de la Puente-Martorell: Actitudes Frente a la Cultura de Seguridad del Paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas, Gaceta Sanitaria, br. 31(2), 2017, str. 145–149
77. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf, 19.09.2022.

78. Z. A. Gama, A. C. Oliveira, i P. J. Hernández: Cultura de Seguridad del Paciente y factores asociados en Una Red de Hospitales Públicos Españoles, *Cadernos de Saúde Pública*, br. 29(2), 2013., str. 283–293
79. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=376973>, 19.09.2022.
80. P. Occelli, J.-L. Quenon, M. Kret, S. Domecq, F. Delaperche, O. Claverie, B. Castets-Fontaine, R. Amalberti, Y. Auroy, P. Parneix, i P. Michel: Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture Questionnaire, *International Journal for Quality in Health Care*, br. 25(4), 2013., str. 459–468
81. P. Waterson, P. Griffiths, C. Stride, J. Murphy, i S. Hignett: Psychometric Properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Findings from the UK, *BMJ Quality & Safety*, br. 19(5), 2010.
82. A. Nordin, B. Wilde-Larsson, G. Nordström, i K. Theier, “Swedish hospital survey on Patient Safety Culture— psychometric properties i health care staff’s perception,” *Open Journal of Nursing*, br. 3(8), 2013, str. 41–50
83. C. Wagner, M. Smits, J. Sorra, i C. C. Huang: Assessing patient safety culture in hospitals across countries,” *International Journal for Quality in Health Care*, br. 25(3), 2013., str. 213–221
84. D. N. Bhatia, B. DasGupta, A. S. Kadavkolan, i P. B. Bhosale: Sprengel’s deformity of the shoulder: Current perspectives in management, *International Journal of Shoulder Surgery*, br. 5(1), 2011, str. 1
85. C. M. Duffield, M. A. Roche, N. Blay, i H. Stasa: Nursing unit managers, staff retention i the work environment, *Journal of Clinical Nursing*, br. 20(1-2), 2010.
86. Y.-W. Lee, Y.-T. Dai, C.-G. Park, i L. L. McCreary: Predicting quality of work life on nurses’ intention to leave, *Journal of Nursing Scholarship*, br. 45(2), 2013., str. 160–168
87. B. Noriss: Human factors in safe patient care, *Journal of Nursing Management*, br. 17(2), 2009., str. 203–211
88. D. A. Wiegmann, H. Zhang, T. L. von Thaden, G. Sharma, i A. M. Gibbons: Safety culture: An integrative review, *The International Journal of Aviation Psychology*, br. 14(2), 2004., str. 117–134

Popis slika i tablica

Slika 4.1.1. Čimbenici kod kojih može doći do propuštanja pružanja sestrinske skrbi ili mogu utjecati na isto.....	19
Tablica 7.1. Primarno mjesto rada ili odjel u bolnici	32
Tablica 7.2. Podaci o zaposlenju, razini obrazovanju i radnom vremenu	32
Tablica 7.3. Odgovori na pitanja o mjestu rada/odjelu	34
Tablica 7.4. Odgovori na pitanja o supervizoru/rukovoditelju.....	38
Tablica 7.5. Odgovori o komunikaciji.....	39
Tablica 7.6. Odgovori o učestalosti prijavljivanja neželjenih događaja.....	41
Tablica 7.7. Ocjena razine sigurnosti pacijenata.....	41
Tablica 7.8. Odgovori na pitanja o bolnici.....	42
Tablica 7.9. Odgovori o broju izvještaja o neželjenom događaju.....	44
Tablica 7.9. Odgovori o broju izvještaja o neželjenom događaju.....	45
Tablica 7.11. Prosječni pokazatelji za promatrane faktore.....	49
Tablica 7.1.1. Cronbach alpha – sastavnice.....	50
Tablica 7.1.2. Spearmanov koeficijent korelacije.....	51
Tablica 7.2.2.. Testna statistika.....	53
Tablica 7.2.3. Rangovi.....	53
Tablica 7.2.4. Testna statistika.....	54
Tablica 7.2.5. Rangovi.....	54
Tablica 7.2.6. Testna statistika	55

Tablica 7.2.7. Rangovi	55
Tablica 7.2.8. Testna statistika	56

Prilozi

Sigurnost pacijenata

Ova anketa je anonimna i dobrovoljna, ispituje vaše stavove oko sigurnosti pacijenata, pogreškama u liječenju, izvještavanju o neželjenim događajima i njezi koja se provodi u vašoj bolnici. Ispitivanje se provodi u svrhu diplomskog rada na Sveučilištu Sjever pod mentorstvom izv. prof. dr.sc. Marijane Neuberg. Za ispunjavanje će vam trebati 10-15 minuta.

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

Označite samo jedan oval.

- Više odjela (ni jedan posebno)
- Kirurgija
- Neurologija
- Psihijatrija / mentalno zdravlje
- Rehabilitacija
- Interni odjel
- Ginekologija
- Hitni prijem
- Ostalo: _____

Osobni podatci:

2. Koliko dugo radite u ovoj bolnici

Odaberite sve točne odgovore.

- Manje od 1 g.
- od 2 do 5 g.
- od 6 do 10 g.
- od 11 do 15 g.
- od 16 do 20 g.
- više od 21 g.

3. Koliko dugu radite na trenutnom radnom mjestu / odjelu

Označite samo jedan oval.

manje od 1 g.

od 1 do 5 g.

od 6 do 10 g.

od 11 do 15g.

od 16 do 20 g.

više od 21g.

4. Koliko obično sati tjedno radite:

Označite samo jedan oval.

do 40 sati

od 41 do 60 sati

od 61 do 80 sati

preko 80 sati

5. Vaša razina obrazovanja

Označite samo jedan oval.

medicinska sestra/ tehničar opće njege

Prvostupnik /ca sestrištva

Diplomiran / a medicinska sestra / tehničar / magistar / ca sestrištva

6. Pretežno radim

Odaberite sve točne odgovore.

Ujutro

Ujutro i popodne

Smjenski rad

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

Označite samo jedan oval po retku.

	Izričito se ne slažem	Ne slažem se	Ni jedno ni drugo	Slažem se	Izričito se slažem
Na tom odjelu zaposlenici podupiru jedni druge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imamo dovoljno osoblja za obavljanje radnih zadaća	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kada treba puno posla obaviti u kratko vrijeme zajedno radimo kao tim da bi se posao dovršio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na ovom odjelu ljudi poštuju jedni druge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osoblje na ovom odjelu radi dulje no što je poželjno s gledišta sigurnosti pacijenata.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi aktivno poduzimamo mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koristimo više osoblja za	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

povremenu
ispomoć nego
je potrebno za
pružanje
najbolje njege

Osoblje osjeća
da se njihove
greške
usmjeravaju
protiv njih

Ovdje pogreške
dovode do
pozitivnih
promjena

Prava je
slučajnost da
se ovdje ne
događaju puno
ozbiljnije
pogreške

Kada dio odjela
bude zatran
poslom, ostali
priskoče u
pomoć

Kada se prijavi
neželjeni
događaj,
osjeća se kao
da je ukazano
na osobu, a ne
na problem

Nakon što
uvedemo
promjene da bi
poboljšali
sigurnost
pacijenata,
vršimo
procjenu
učinkovitosti

Nikada ne
žrtvujemo
sigurnost

**pacijenata da
bi napravili više
posla**

**Osoblje se boji
da će pogreške
koje su im se
dogodile ostati
zabilježene u
njihovom
dosjeu**

**Na ovom odjelu
imamo
problema sa
sigurnošću
pacijenata**

**Naši postupci i
organizacija
rada dobro
preveniraju
pogreške**

8. Vaš supervizor/rukovoditelj

Označite samo jedan oval po retku.

	Izričito se ne slažem	Ne slažem se	Ni jedno ni drugo	Izričito se slažem
Moj supervizor/rukovodite lj izražava pohvalu kada je posao obavljen prema usvojenim principima sigurnosti pacijenata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moj supervizor/rukovodite lj uzima u obzir prijedloge osoblja za poboljšanje sigurnosti pacijenata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U slučaju povećane količine posla moj supervizor/rukovodite lj traži od nas da radimo brže, čak i po cijenu rada na prečac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moj supervizor/rukovodite lj zanemaruje probleme sigurnosti pacijenata koji se opetovano ponavljaju	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Komunikacija: Koliko često se slijedeće stvari dešavaju u vašem radnom okruženju/odjelu?

Označite samo jedan oval po retku.

	Nkad	Rijetko	Ponekad	Često	Uviek
Dobivamo povratnu informaciju o promjenama uvedenim na osnovi prijave neželjenih događaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osoblje slobodno upozorava ako uoči nešto što može imati negativan učinak na liječenje pacijenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informirani smo o pogreškama koje se dogode na odjelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osoblje se osjeća slobodnim preispitivati odluke ili postupke pretpostavljenih	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na ovom odjelu raspravljamo o načinima kako spriječiti ponavljanje pogrešaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Označite samo jedan oval po retku.

	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
Kada se dogodi pogreška, ali bude uočena i ispravljena prije no što naštetiti pacijentu, koliko često to prijavite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kada se dogodi pogreška, ali nema potencijal štetnih posljedica za pacijenta, koliko često to prijavite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kada se dogodi pogreška koja može naškoditi pacijentu, ali nije naškodila, koliko često to prijavite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Označite samo jedan oval po retku.

	Odlična	Vrlo dobra	Prihvatljiva	Loša	Nikakva
Redak 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Vaša bolnica:

Označite samo jedan oval po retku.

	Izričito se ne slažem	Ne slažem se	Ni jedno ni drugo	Slažem se	Izričito se slažem
Bolnički management stvara klimu koja promovira sigurnost pacijenata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolnički odjeli ne surađuju najbolje međusobno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dosta toga se izgubi prilikom premještanja pacijenta s jednog odjela na drugi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dobra je suradnja među bolničkim odjelima koji trebaju raditi zajedno .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Važni podaci o liječenju pacijenata često se izgube prilikom primopredaje službe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Često je neugodno raditi s osobljem sa drugih bolničkih odjela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi uvijek nastanu pri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

razmjeni
informacija
između
bolničkih
odjela

Aktivnosti
bolničkog
managementa
pokazuju da je
sigurnost
pacijenata
vrhunski
prioritet.

Čini se da se
bolnički
management
interesira za
sigurnost
pacijenata
samo nakon
što se
neželjeni
događaj
dogodio.

Bolnički odjeli
dobro zajedno
surađuju da bi
pacijentima
pružili najbolju
skrb .

Promjene
smjena su za
bolničke
pacijente
problematične

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

Označite samo jedan oval.

- Niti jedan
- od 1 do 2 izvještaja
- od 3 do 5 izvještaja
- do 10 izvještaja
- od 11 do 20 izvještaja
- 21 izvještaj ili više

Pitanja koje se odnose na zdravstvenu njegu pacijenta

14. Opterećenja za stavke percipiranog implicitnog racioniranja zdravstvene njege:

Označite samo jedan oval po retku.

	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
Niste se mogli pomicati ili mijenjati položaj bolesnika s oštećenjem pokretljivosti niti ste mogli delegirati zadatak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niste mogli pratiti fiziološki status pacijenta prema standardima ili kako ste smatrali prikladnim (vitalni znakovi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niste mogli pomoći pacijentu u pravodobnom mokrenju ili defekaciji (npr. posuda za krevet, invalidska kolica s posudom za krevet, odlazak na zahod) niti ste mogli delegirati zadatak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niste bili u mogućnosti pomoći pacijentu da postigne fizičku udobnost (npr. pravodobna primjena lijekova protiv bolova, podešavanje sobne temperature, trljanje leđa) niti ste mogli delegirati zadatak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niste bili u mogućnosti educirati pacijenta ili njegovu/njezinu obitelj kada ste smatrali da je to potrebno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Niste mogli dokumentirati sve aktivnosti procjene i praćenja.

Niste bili u mogućnosti adekvatno pripremiti pacijenta za terapiju, pretrage ili zahvate.

Niste bili u mogućnosti pružiti odgovarajuću pomoć tijekom uzimanja hrane ili tekućine pacijentima koji nisu u stanju samostalno jesti ili piti, niti ste mogli delegirati zadatak.

Niste mogli promijeniti ulaznu točku za intravensku terapiju, cijevi i/ili obloge u vremenskom okviru kako je propisao liječnik/prema standardima ili kako smatrate prikladnim.

Niste bili u mogućnosti adekvatno nadzirati ili pratiti delegirane aktivnosti.

Niste mogli pomoći u mobilnosti pacijenata niti ste mogli delegirati zadatak.

Niste mogli slijediti preporučene smjernice za sigurno premještanje pacijenata (npr. korištenje opreme za podizanje i/ili pomoć drugom osoblju)

Niste mogli na detaljan način dokumentirati svu njegu koju ste pružali.

Niste bili u mogućnosti pružiti onu razinu emocionalne ili psihološke podrške pacijentu (ili njegovoj obitelji) koju ste smatrali potrebnom.

Niste mogli primijeniti enteralnu ili parenteralnu prehranu kako je propisano ili u skladu sa sigurnom praksom.

Niste mogli obaviti njegu rane (uključujući previjanje) kako je propisao liječnik/prema standardima ili kako ste smatrali prikladnim.

Niste mogli primijeniti lijekove (uključujući intravensku terapiju) kako je propisano ili u skladu sa sigurnom liječničkom praksom.

Pacijent ili član obitelji morao je čekati više od 5 minuta nakon pokretanja zahtjeva (npr. preko gumba za sestru/svjetla za poziv).

Niste mogli obavljati rutinsku njegu kože za svog pacijenta niti

ste mogli delegirati
zadatak.

Niste imali dovoljno
vremena promijeniti
plahte zaprljane krvlju
ili tjelesnim
tekućinama niti ste
mogli delegirati
zadatak.

Niste bili u
mogućnosti provoditi
rutinsku higijenu
pacijenata



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za ispravnost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjige, 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 stručnog rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ANA LEŠ BRALIC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom UTJECAJ PRIGUPSTVA ZBRANSTVENI MILE NA SVEUČILIŠTE SJEVAR (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ana Leš Bralic

(vlastoručni potpis)

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

Ja, ANA LEŠ BRALIC (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom UTJECAJ PRIGUPSTVA ZBRANSTVENI MILE NA SVEUČILIŠTE SJEVAR (upisati naslov) čiji sam autor/ica. IP SUGLASNOST ZACJENATA

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ana Leš Bralic

(vlastoručni potpis)