

Sigurnost pacijenta u ustanovi socijalne skrbi

Skozrit, Nikolina

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:534558>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-07**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



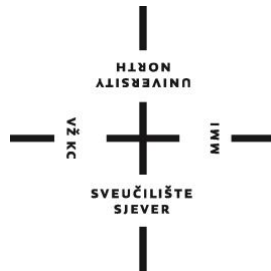
DIPLOMSKI RAD br.296/SSD/2023

SIGURNOST PACIJENTA U USTANOVI
SOCIJALNE SKRBI

Nikolina Skozrit

Varaždin, siječanj 2024.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo –
menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br.296/SSD/2023

SIGURNOST PACIJENTA U USTANOVI
SOCIJALNE SKRBI

Student:

Nikolina Skozrit, 0336025855

Mentor:

doc. dr. sc. Ivana Živoder

Varaždin, siječanj 2024.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Sestrinstvo		
STUDIJ	Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo- menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Nikolina Skozrit	MATIČNI BROJ	0336025855
DATUM	21.7.2023	KOLEGIJ	Prava i obaveze u zdravstvenoj struci
NASLOV RADA	Sigurnost pacijenta u ustanovi socijalne skrbi		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Patient safety in a social welfare institution		
-----------------------------	--	--	--

MENTOR	dr.sc. Ivana Živoder	ZVANJE	docent
--------	----------------------	--------	--------

ČLANOVI POVJERENSTVA	1.	izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg, predsjednik
	2.	doc.dr.sc. Ivana Živoder, mentor
	3.	izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, član
	4.	izv.prof.dr.sc. Tomislav Meštrović, zamjenski član
	5.	

Zadatak diplomskog rada

BROJ	296/SSD/2023
------	--------------

OPIS

Osiguravanje sigurnosti pacijenata u ustanovi socijalne skrbi je od izuzetne važnosti u osiguranju njihove dobrobiti i zaštiti od potencijalnih opasnosti. U osiguranju sigurnosti pacijenata socijalne ustanove poduzimaju mjere prevencije koje uključuju zapošljavanje kvalificiranog osoblja, pravilnu procjenu i planiranje skrbi pacijenata, prevenciju padova i ozljeda pacijenata, pravilnu primjenu lijekova, održavanje visokih higijenskih standarda u ustanovi kako bi se spriječila pojavnost infekcija. Ove mjere prevencije su samo neki od aspekata koji se mogu primijeniti kako bi se osigurala sigurnost pacijenata u ustanovi socijalne skrbi. Važno je redovito ažurirati i poboljšavati protokole kako bi se osigurala dosljedna primjena najboljih praksi i kontinuirano poboljšavala skrb za pacijente. Cilj istraživanja je utvrditi sigurnost korisnika u ustanovi socijalne skrbi. Analizirati će se broj padova, agresivnog i autoagresivnog ponašanja, pojava infekcija, dekubitusa te broj umrlih u periodu od jedne godine na 250 korisnika.

ZADATAK URUČEN 25.07.2023.



POTPIS MENTORA

Očisti obrazac

Predgovor

Ovim putem se želim zahvaliti svojoj mentorici, doc.dr.sc. Ivani Živoder koja je bila veliki poticaj tijekom studiranja te je bila uz mene prilikom izrade završnog rada.

Zahvaljujem se svojoj predstojnici, Suzana Lovrenčić, univ. mag. admin. sanit, koja je bila uz mene tijekom pisanja završnog rada te nesebično pomagala i bila puna razumijevanja.

Hvala mojim prijateljima koji su mi uljepšavali studentske dane.

Veliko hvala mojoj obitelji bez čije potpore studiranje ne bi bilo ostvarivo.

Sažetak

Rad u ustanovama socijalne skrbi iznimno je složen i zahtjevan za sve one koji su uključeni u proces pružanja i praćenja kvalitete usluge. Stoga je iznimno važno razumjeti način rada i profesionalnu suradnju između djelatnika socijalne skrbi i korisnika na siguran i djelotvoran način. Jedna od zadaća magistre sestrinstva je sposobnost prepoznavanja rizika te smanjenja rizika na najmanju moguću razinu. Također, zadatak magistre sestrinstva je da štiti i podržava zdravlje pacijenta. Međutim, postoji niz čimbenika koji određuju njihov međusobni odnos: biološki čimbenici, čimbenici ponašanja, čimbenici okruženja te socioekonomski čimbenici. Ključno je održavanje visoke razine sigurnosti pacijenta. Sigurnost pacijenta je važno javnozdravstveno pitanje koje se definira kao prevencija štetnog utjecaja na pacijenta. Cilj istraživanja je utvrditi sigurnost korisnika u ustanovi socijalne skrbi. Tijekom izrade rada provedeno je retrospektivno istraživanje u kojem su prikupljeni podaci korisnika Centra za rehabilitaciju Varaždin (N=539). Rezultati istraživanja pokazali su veći broj slučajeva dekubitusa kod muških osoba (71%), ali i pogoršanja stanja dekubitusa (28%). Nadalje, uzročnik infekcije *Klebsiella pneumoniae* ravnomjerno se razvija kod muških i ženskih pacijenata (14,9%). Utvrđeno je da je postotak autoagresivnih ponašanja veći (5%) u odnosu na agresivna ponašanja (2%). Također, utvrđen je osrednji postotak padova među pacijentima tijekom boravka u Centru za rehabilitaciju Varaždin (7%). Jedan od najvažnijih postupaka je sigurnost pacijenta, a da bi se to ostvarilo potrebna je kvalitetna edukacija i stjecanje novih znanja u području teme o sigurnosti i zaštite pacijenta u ustanovama socijalne skrbi.

Ključne riječi: ustanova socijalne skrbi, kvaliteta, sigurnost, pacijenti, dobrobit, rizični čimbenici

Abstract

Work in social welfare institutions is extremely complex and demanding for all those involved in the process of providing and monitoring the quality of services. Therefore, it is extremely important to understand the way of working and professional cooperation between social care workers and users safely and effectively. One of the tasks of a master's degree nurse is to recognize risks and reduce them to the lowest possible level. Also, the task of the master's degree nurse is to protect and support the patient's health. However, many factors determine their interrelationship: biological factors, behavioral and environmental factors, and socioeconomic factors. Maintaining a high level of patient safety is crucial. Patient safety is an important public health issue defined as the prevention of adverse effects on the patient. The research aims to determine the safety of users in social welfare institutions. During the preparation of the final paper, a retrospective study was conducted, for which the beneficiaries of the Rehabilitation Center Varaždin (N= 539) were used. The research results showed a higher number of cases of pressure ulcers in men (71%) but also a worsening of pressure ulcers (28%). On the other hand, the causative agent of Klebsiella pneumonia infection develops equally in male and female patients (14.9%). It was found that the percentage of autoaggressive behaviors is higher (5%) compared to aggressive behaviors (2%). Also, a moderate percentage of falls among patients during their stay at the Varaždin Rehabilitation Center was determined (7%). One of the most important procedures is patient safety, and to achieve this, quality education and the acquisition of new knowledge in the area of patient safety and protection in social welfare institutions are necessary.

Keywords: social care institution, quality, safety, patients, well-being, risk factors

Popis korištenih kratica

ANA	Američko udruženje medicinskih sestara (engl. American Nurse Association)
COVID-19	Bolest uzrokovana korona virusom
DALY	(engl. disability-adjusted life year) (hrv. godina života prilagođena invalidnosti)
EU	Europska Unija (engl. European Union)
HBOT	Hiperbarična oksigenoterapija
HIMSS	Društvo zdravstvenih informacijskih i upravljačkih sustava
HMKS	Hrvatska komora medicinskih sestara
HZJZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
ICN	Međunarodno vijeće medicinskih sestara
OB	Opća Bolnica Respiratory Syndrome Coronavirus-2)
RH	Republika Hrvatska
SARS-CoV-2	Ozbiljni akutni respiratorni sindrom koronavirusa-2 (engl. Severe Acute
SCI	Indeks citiranja u znanosti (engl. Science Citation Index)
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organization)

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
1.1.	Metodološki pristup istraživanju	1
2.	Izgradnja sustava kvalitete u ustanovi socijalne skrbi	3
3.	Sustav kvalitete ustanova socijalne skrbi u EU na temeljima sigurnosti pacijenata.....	6
3.1.	Procjena sigurnosti pacijenata	13
3.2.	Alati za procjenu sigurnosti pacijenata	13
3.3.	Mjerenje sigurnosti pacijenata.....	14
4.	Dobrobit i zaštita pacijenata od potencijalnih opasnosti.....	16
4.1.	Pravilna primjena lijekova.....	17
4.2.	Održavanje higijenskih standarda u ustanovi socijalne skrbi.....	19
4.3.	Prevenција, detekcija i liječenje dekubitusa.....	20
4.4.	Prevenција, detekcija i liječenje padova	22
5.	Nova uloga magistre sestrinstva u provođenju sigurnosti pacijenata	26
5.1.	Promjena uloga odnosa liječnika i magistre sestrinstva u cilju sigurnosti pacijenata.	26
5.2.	Kompetencije magistre sestrinstva	27
6.	Istraživački dio	29
6.1.	Hipoteze i ciljevi	29
6.2.	Metode i tehnike prikupljanja podataka	29
6.3.	Uzorak ispitanika.....	29
6.4.	Poštivanje etičkih načela u istraživanju.....	30
6.5.	Ograničenja u istraživanju.....	30
6.6.	Očekivani znanstveni doprinos istraživanja	30
6.7.	Rezultati istraživanja	30
7.	Rasprava	43
8.	Zaključak.....	48
9.	Literatura.....	49
	Popis tablica, slika i shema	54

1. Uvod

Osiguranje sigurnosti pacijenata u ustanovi socijalne skrbi je od izuzetne važnosti u osiguranju njihove dobrobiti i zaštite od potencijalne opasnosti. U osiguranju pacijenata u socijalnim ustanovama poduzimaju se mjere prevencije koje uključuju zapošljavanje kvalificiranog osoblja, pravilnu procjenu i planiranje skrbi pacijenata, prevenciju padova i ozljeda pacijenata, pravilnu primjenu lijekova, održavanje visokih higijenskih standarda u ustanovi kako bi se spriječila pojavnost infekcija. Ove mjere prevencije su samo neki od aspekata koji se mogu primijeniti kako bi se osigurala sigurnost pacijenata u ustanovi socijalne skrbi. Važno je redovito ažurirati i poboljšavati postupnike kako bi se osigurala dosljedna primjena najboljih praksi i kontinuirano poboljšavala skrb za pacijente. Cilj istraživanja je utvrditi sigurnost korisnika u ustanovi socijalne skrbi. Analizirat će se broj padova, agresivnog i autoagresivnog ponašanja, pojava infekcije, dekubitusa te broj umrlih u periodu od jedne godine.

1.1. Metodološki pristup istraživanju

Znanost je djelatnost kojom se stječu nove spoznaje o prirodnim i društvenim pojavama i odnosima među njima [1]. Nadalje, Marušić (2013) navodi da je znanost zajedničko, koherentno, usustavljeno i organizirano znanje stečeno objektivnim i poštenim opažanjem i uz sustavnu implementaciju pokusa [2]. Na temelju rezultata znanstvenih istraživanja nastaju teorije te je cilj teorijske spoznaje širenje znanja i njegove primjene u praksi [3]. Inače, znanstvene teorije su logički organizirane tvrdnje koje određuju i opisuju pojave i objašnjavaju njihovu međusobnu povezanost i pojavljivanje [4].

Prema Žugaj, Dumičić i Dušak (2006) izvori znanstvenih informacija dijele se na: [5]

- Primarne: knjige, časopisi, katalozi, doktorske disertacije i magistarski radovi, diplomski radovi, norme, patent, priručnici, udžbenici, monografije, dijapozitivi, vrpce.
- Sekundarne: katalozi biblioteka, referadni bilteni, bibliografije, rječnici, enciklopedije, registre.
- Tercijarne: one su uvrštene u Current Contents, Science Citation Index, Social Science Citation Index [6].

U većoj mjeri, korišteni su primarni izvori. Među prvim knjigama koje su korištene u ovom radu su stručno znanstvene knjige koje se tiču metodologije istraživanja i znanstvenog uvoda u rad u medicini. Primjeri su knjige: Marušić (2019) naslova Uvod u znanstveni rad u medicini, u izdanju Medicinske naklade, autorice Štrucelj Osnove metodologije znanstveno-istraživačkog rada te stručna knjiga koja se tiče statističke obrade podataka, autora Horvat i Mijoč (2019) naslova

Istraživački SpaSS [7]. Zatim knjiga autora Šošić naslova Primijenjena statistika pri čemu je glavni cilj primjene navedene knjige bio upoznati i pravilno primijeniti statističke podatke [8].

Knjiga autora Žugaj i suradnika (2006) bila je od pomoći u interpretaciji metodološkog dijela rada. Treća po redu značajna knjiga je knjiga autorice Kalauz, naslova Etika u sestrinstvu, u izdanju Medicinske naklade Zagreb, 2012. Cilj korištenja ovog primarnog izvora bio je u tome da ukaže na etičke elemente rada medicinskih sestara/tehničara i liječnika. [9] Uvrštene su knjige autora Zurak (naslova Medicinska etika uz izdanju Medicinskog fakulteta) i Vrhovac (naslova Interna medicina (2008) u izdanju Naklada Ljevak). Knjige obrađuju problematiku etičnosti u radnom odnosu [9]. Nadalje, uvrštena je knjiga autora Vukosav, Šiljeg i Kovačević, (2016) naslova Komuniciranje u zdravstvu (zbirka nastavnih tekstova) [10], u izdanju Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku. Također, uvrštena je knjiga autora Lučanin i Lučanin, naslova Komunikacijske vještine u zdravstvu, (2010) u izdanju Naklada Slap, koja ukazuje na važnost komuniciranja u sustavu [11].

Uvrštena je stručna literatura koja tematski obrađuje upravljanje kvalitetom od strane različitih autora kao što su: Petar, (1996) Skoko, (2000), Barjaktarović (2013), Schroeder (1990).

Ključni članci vezani za problematiku dekubitusa je rad autora Belas Horvat i Kos, (2016), te članak autora Karić, Božanić i Starc, (2021) koji se bave analizom uspostavljanja sustava za sigurnost pacijenata.

Vrlo vrijedan izvor informacija o sigurnosti pacijenata pružio je članak autora Ammouri i suradnika (2014) na temu sigurnosti pacijenta. Svakako treba spomenuti članak autora. Grgurević i suradnika (2021) koji je odlično opisao ulogu medicinske sestre u procjeni rizika od pada. Članak je izdan u sklopu časopisa „Sigurnost“. Osim toga, članci unutar Journal of Hospital Infection pružili su vrlo korisne izvore informacije o pojavnosti infekcija pacijenata koji borave u ustanovama socijalne skrbi.

Pretražene su sljedeće baze: Medscape, MedHub, PubMed, (National Library of Medicine, NIH), Cochrane library, ResearchGate, NCBI, Hrčak.hr. Pretražene su stranice: Hrvatski zavod za javno zdravstvo Republike Hrvatske. Korišten je Službeni list Republike Hrvatske „Narodne Novine“ (NN 121/03, 117/08, 57/11) [9].

Korišteni su sekundarni i tercijarni izvori informacije uvršteni u Science Citation Index.

Riječ je o istraživačkom radu koji sadrži dva dijela rada: teorijski dio i empirijski dio rada uz korištenje deskriptivne i inferencijalne statistike. Metode rada su prema autoru Žugaju (2006). metode analize i sinteze, metoda generalizacije i specijalizacije, te statističke metode koje su poslužile za obradu podataka.

2. Izgradnja sustava kvalitete u ustanovi socijalne skrbi

Riječ kvaliteta je pojam u svakodnevnoj i vrlo širokoj upotrebi. Tako se govori o općoj kvaliteti života koja uključuje različite komponente: sigurnost, stanje prirodne okoline i njezine zaštite, dinamika općeg napretka u društvu i unutar toga napretka u gospodarstvu [12, str. 3]. Prema tome, govori se o kvaliteti prirodnih resursa i ostalih ljudskih/stvaralačkih aktivnosti, značajne one aktivnosti kojima se kroz različite transformacijske procese i sustave proizvode različite proizvode (tu spadaju i usluge) [12, str. 3].

U svakodnevnoj komunikaciji, kvaliteta je riječ koja se često izgovara. Razlog za to je njezina višestruka upotreba. Sam po sebi ovaj pojam povezuje se s "nešto što je iznimno", "nešto što je vrijedno" ili "nešto što je u očima potrošača iznad njihovih očekivanja". Pojam kvalitete je, s vizualnog gledišta, relativno jednostavan za izražavanje, ali ga je vrlo teško univerzalno definirati, što znači da se pri definiranju moraju uzeti u obzir konkretni uvjeti rada koji su karakteristični za svaku pojedinačnu organizaciju [13].

Filip Krozbi kvalitetu promatra kao: „potpuno nepostojanje grešaka u proizvodu (usluge) koje se postižu kroz aktivnosti poduzeća, i to u prvom pokušaju, bez grešaka od početka do završetka“. Greške su rezultat nedovoljnog znanja, nedovoljnog iskustva, nedovoljne pažnje. Standard bez grešaka podrazumijeva da se poduzimaju vještine sprečavanja grešaka umjesto ispravljanja [14].

Kvalitetu odnosno kakvoću (*engl. quality*) nije jednostavno definirati. S tom tvrdnjom slažu se mnogi stručnjaci, kao na primjer Schroedera koji navodi da „Pojam kvalitete koristi se na razne načine; ne postoji njezina jasna definicija“ [15].

Isto tako, autor Petar (1996) piše o tome da se pojam kvalitete često različito upotrebljava i tumači. Navodi određeni broj definicija i među njima izdvajaju se: „Kvaliteta čini udovoljavanje kupcu (ma kakvi god zahtjevi bili). Druga definicija kaže, da se suprotno uvriježenom stavu, kvaliteta može egzaktno mjeriti i da to čini određivanje cijene kvalitete, to jest troškova koji nastaju ako se posao nekvalitetno radi. Treći tvrde da je ekonomika kvalitete besmislena, jer je uvijek jeftinije već prvi put napraviti dobro posao, odnosno tako da se sigurno zadovolje postavljeni zahtjevi. I još jedna definicija: „Kvaliteta je skup obilježja proizvoda ili usluga koje se odnose na mogućnost da se zadovolje utvrđene ili neizravno izražene potrebe, uz pogodnost za uporabu i usklađenost sa zahtjevima. Očito je da kvaliteta ima mnogo značenja pa je najbolje govoriti o kvaliteti kao zadovoljenju potreba kupaca [16].

Po drugoj strani, autor Skoko navodi da treba uzeti u obzir obuhvat i prema tome odrediti definiciju kvalitete koju je moguće definirati općenito kao “sveobuhvatnu izvrsnost, odnosno određeni stupanj izvrsnosti“ ili pak „kao svojstvo, osobinu, kakvoću [12].

Kvaliteta se danas shvaća kao proces koji treba neprestano unaprjeđivati, a spoznaje stečene tijekom toga procesa služe za unaprjeđenje budućih usluga/proizvoda [17].

Ustanove socijalne skrbi su vrlo specijalizirano područje, jer je socijalna skrb djelatnost od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku kojom se osigurava i ostvaruje pomoć za zadovoljavanje osnovnih životnih potreba socijalno ugroženih, nemoćnih i drugih osoba koje same ili uz pomoć članova obitelji ne mogu zadovoljiti zbog nepovoljnih osobnih, gospodarskih, socijalnih i drugih okolnosti [18].

Na temelju članka 242. Zakona o socijalnoj skrbi [19] donesen je Pravilnik o standardima kvalitete socijalnih usluga [20]. Stoga, u čl. 1 Pravilnika propisuju se standardi kvalitete socijalnih usluga i smjernice za njihovo uvođenje te mjerila za utvrđivanje usklađenosti sa standardima kvalitete socijalnih usluga., dok u čl. 2 Pravilnika propisuju sedamnaest standarda kvalitete koji se primjenjuju na socijalne usluge. Članak 3 detaljnije opisuje standarde kvalitete socijalnih usluga: dostupnost informacija, dostupnost usluga, povezivanje i suradnja, procjena i planiranje, prijem i otpust, odlučivanje i samoodređenje, privatnost i povjerljivost, sigurnost od izrabljivanja, restriktivni postupci, prigovori i žalbe, rukovođenje, upravljanje, zaposlenici, rad volontera, studenata na praksi i pripravnika, pristupačnost okoliša, uvjeti prilagođeni korisnicima i sigurnost i zaštita.

Nadalje, u prilogu Pravilnika opisane su i smjernice za uvođenje standarda kvalitete, s tim da se u standardima fokus stavlja na korisnike usluga, promicanje neovisnosti i autonomije korisnika, njihovo sudjelovanje u normalnom životu u prirodnom društvenom okruženju te posebno, poštivanje njihovih ljudskih, građanskih i socijalnih prava [20].

Osnovni principi i načela jesu: holistički, lako razumljivi, promovirani kroz partnerstvo, primjereni korisnicima, efikasni i dobro upravljanje. Holističko načelo označava da je naglasak na korisnicima te da eventualni manjak resursa pružatelj treba rješavati partnerstvima s drugim pružateljima. Načelo razumljivosti temelji se na tome da usluge trebaju biti lako razumljive korisnicima i obiteljima te dostupne u lokalnim zajednicama u kojima korisnici žive.

Načelo promoviranja kroz partnerstvo označava suradnju između korisnika i pružatelja usluga i ostalih dionika (ministarstva, jedinice lokalne i regionalne (područne) samouprave, škole, vrtići, domovi zdravlja i sl.), dok načelo primjerenosti označava osnaživanje korisnika usluga te poštivanja njihovih prava kao i prava na slobodu izbora te samoodređenje.

Načelo efikasnosti označava uvođenje najboljeg mogućeg omjera učinjenog u kontekstu zadovoljavanja potrebe i kvalitete pruženih usluga u odnosu na iznos utrošenih ljudskih i materijalnih resursa. I zadnje spomenuto je načelo dobrog upravljanja koje označava planiranje i vrednovanje rada u skladu s planiranim rezultatima [20].

Prema tome, izgradnja sustava kvalitete u ustanovi socijalne skrbi temelji se na načelima efikasnosti, holizma, promoviranja i dobrog upravljanja. Činjenica je da je sustav socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj (RH) obilježen promjenama prema aktivnoj socijalnoj državi, pri čemu se javlja potreba za isticanjem i podupiranjem socijalne kohezije te potrebe za pomoći i zaštite ranjivih članova zajednice, u partnerstvu sa svim pružateljima socijalnih usluga [21].

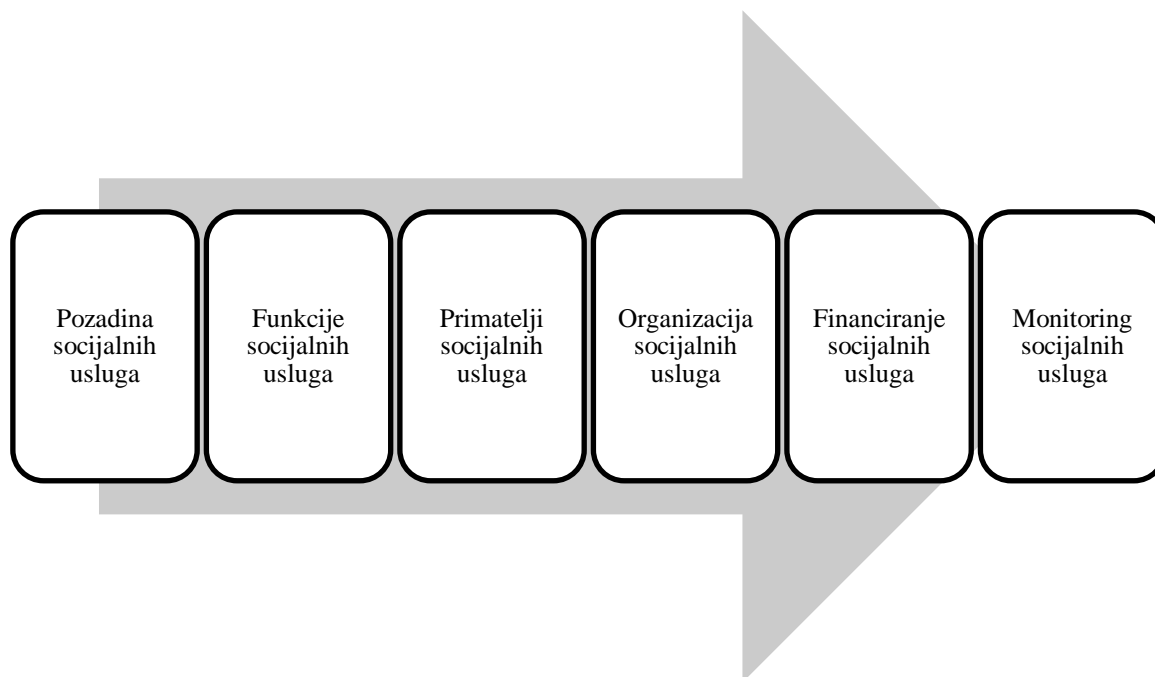
Pri razmatranjima o Nacionalnom planu razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027. godine, uviđa se bitnost spoznaja da navedeni plan obuhvaća dva prioriteta u području razvoja socijalnih usluga koji se odnose na dostupnost i ravnomjerni regionalni razvoj te kvalitetu i održivi razvoj socijalnih usluga. Unutar svakog od njih predviđeni su posebni ciljevi koji pridonose provedbi strateškog cilja „Zdrav, aktivan i kvalitetan život“ Nacionalne razvojne strategije Republike Hrvatske do 2030. godine u prioritetnom području javnih politika „Socijalna solidarnost i odgovornost“ [21].

3. Sustav kvalitete ustanova socijalne skrbi u EU na temeljima sigurnosti pacijenata

Postoje različita tumačenja koncepta socijalnih usluga na razini Europske Unije (EU)-a s obzirom na to da svaka država članica EU-a postavlja vlastitu definiciju i opseg unutar konteksta svog nacionalnog okruženja. Istodobno, postoje zajednički elementi u svim državama članicama EU-a kada je u pitanju svrha, organizacija, korisnici, uključeni akteri, financiranje i praćenje socijalnih usluga. Navedeni zajednički elementi omogućuju izgradnju zajedničkog analitičkog okvira koji se može prilagoditi specifičnom kontekstu unutar kojeg ga treba tumačiti. Uobičajeno, socijalne usluge podrazumijevaju niz usluga koje se nude javnosti, a namijenjene su pružanju podrške u rješavanju širokog spektra društvenih potreba društva, određenih skupina unutar tog društva i pojedinačnih osoba u posebnim situacijama. Jedna od ključnih značajki socijalnih usluga je njihova interaktivna priroda koja ih razlikuje od drugih vrsta socijalnih državnih naknada, kao što su naknade u naravi ili novčani transferi. Dostupnost, kvaliteta i organizacija socijalnih usluga značajno se razlikuju u državama članicama EU-a. Ti su elementi intrinzično povezani s temeljnim pitanjima vrijednosti, kulture, ustavne tradicije i gospodarstva [22].

Svaki EU građanin bi trebao imati pristup kvalitetnim uslugama, poput obrazovanja i skrbi u ranom djetinjstvu, dugotrajne skrbi, stanovanja, obrazovanja i osposobljavanja ili zdravstvene skrbi. Primjena, odnosno ispunjenje tih usluga važne su za osobe u ranjivim situacijama uzrokovanim siromaštvom, zdravstvenim ili stambenim statusom ili drugom ranjivošću. Osim toga, osobama u ranjivim situacijama treba pružiti socijalne usluge koje sadrže socijalnu inkluziju i usmjerene su na socijalno uključivanje. Primjeri socijalnih usluga uključuju: socijalni rad, savjetovanje, podučavanje, mentorstvo, psihološku podršku, rehabilitaciju, intervenciju i prevenciju nasilja u obitelji te pružaju važnu potporu koja vodi uključivanju u društvo, a po mogućnosti i integraciji na tržište rada [23].

Sustav socijalne skrbi EU-a obuhvaća komponente prikazane na slici 3.1.



Slika 3.1 Komponente sustava socijalne skrbi na razini EU, 2022

Izvor: prilagođeno prema Finalnom Izvješću Europske Komisije „Studija o socijalnim uslugama s posebnim fokusom na personalne ciljane socijalne usluge za ljude u ranjivim situacijama., str. 18-19

Slika 3.1 predstavlja glavne sastavnice socijalne skrbi na razini EU-a. Kada je u pitanju prva komponenta (pozadina socijalnih usluga), ona znači da je pojam i pružanje socijalnih usluga povezano sa zaštitom univerzalnih ljudskih i socijalnih prava, demokratskih načela, vjerskih i/ili kulturnih vrijednosti, socioekonomskih ambicija, ali i ispunjavanja političkih ciljeva. Socijalne usluge mogu se povezati s ciljem zaštite temeljnih ljudskih i socijalnih prava svakog pojedinca, jamčeći dostojanstvo osobe i njezinu sposobnost sudjelovanja u demokratskom društvu. Čini se da mnoge države članice EU-a daju implicitnu referencu na ovaj pristup navodeći socijalne usluge koje prirodno utječu na prava pojedinaca. Na primjer, Latvija u svoju definiciju uključuje pojam promicanja pune provedbe socijalnih prava pojedinaca, a Češka izričito poziva na očuvanje ljudskog dostojanstva pojedinaca prilikom pružanja socijalnih usluga. Socijalne usluge također se mogu konceptualizirati kao služenje ekonomskim i političkim ciljevima, na primjer kao preduvjeti i 'amortizeri' zdravog, održivog i uključivog gospodarstva i za ispravljanje tržišnih nedostataka. U Austriji je ekonomski aspekt socijalnih usluga prepoznat i odgovara pojmu socijalnih usluga koje su korisne za gospodarstvo država članica EU-a, a u Nizozemskoj se sustav socijalne skrbi uvelike fokusira na širok raspon socijalnih usluga, uključujući društvene aktivacije i zapošljavanja.

Pristup socijalnim uslugama temeljen na solidarnosti naglašava suosjećanje pojedinaca jednih prema drugima, promicanje dobrobiti jednih prema drugima i pomoć ljudima u potrebi. Mađarska koristi pristup temeljen na solidarnosti prema kojem su nevladine i crkvene organizacije glavni subjekti koji pomažu ranjivim skupinama. Portugal se oslanja na djelovanje Svete kuće milosrđa, koje su implicitno priznate za svoj socijalni rad [22].

Druga komponenta odnosi se na funkcije socijalnih usluga u društvu koje su suštinski povezana s načinom na koji netko konceptualizira njihovu svrhu. Dakle, funkcija socijalnih usluga uključuje osiguranje minimalnih socijalnih uvjeta potrebnih za dostojanstven život i potrebnih uvjeta za sudjelovanje u demokratskom životu kroz osiguranje većeg sudjelovanja na tržištu rada, kroz unaprjeđenje spremnosti korisnika za posao i kroz poboljšanje fizičkog i mentalnog blagostanja pojedinaca. Države članice EU-a razlikuju se u popisima ili definicijama koje daju za te funkcije. Bugarska, na primjer, spominje tri ključne funkcije socijalnih usluga: preventivnu, potpornu i restorativnu/rehabilitacijsku, a u Poljskoj Zakon o socijalnoj pomoći propisuje da je socijalna pomoć državna institucija socijalne politike, čiji je cilj omogućiti pojedincima i obiteljima prebroditi teške životne situacije koje ne mogu prevladati vlastitim snagama, sredstvima i mogućnostima [22].

Glede komponente koja se tiče primatelja socijalnih usluga, države članice EU-a imaju brojne različite pristupe u pogledu grupiranja korisnika socijalnih usluga, primatelja socijalnih usluga, obrazloženja socijalnih usluga, funkcija socijalnih usluga. U Grčkoj su, primjerice, nacionalne politike socijalne skrbi usmjerene na obitelj, djecu i mlade, starije osobe, osobe s posebnim potrebama te ranjive skupine stanovništva i skupine u izvanrednom stanju, a u Portugalu su socijalne usluge detaljno definirane posebnim zakonodavstvom, pri čemu su kategorizirani u četiri glavna područja intervencije: 1) Djetinjstvo i mladi, 2) Odrasla populacija i 3) Obitelj i zajednica, i 4) 'Zatvorena grupa' koja uključuje druge usluge koje nisu povezane s prethodna tri područja intervencija [22].

Vežano uz komponente uključenih sudionika znači da se socijalne usluge na razini EU-a osiguravaju velikim, određenim ciljnim skupinama i pojedincima unutar četiri skupine: javni sektor, privatno-komercijalni sektor, neprofitne organizacije i informalni sektor [22].

Organizacija socijalne skrbi odvija se na tri načina: centralizirani, decentralizirani i kombinirani [22]:

Centralizirani način organiziranja socijalne skrbi odnosi se na to da nadležno nacionalno tijelo vodi sustav socijalne skrbi i pri tome daje posebne upute i smjernice sudionicima na regionalnoj i lokalnoj razini.

Na primjer, u Irskoj planiranje, organizaciju i financiranje pružanja socijalnih usluga poduzimaju ministarstva u skladu sa svojim ovlastima. Decentralizirani način organiziranja sustava socijalne skrbi počiva na djelovanju lokalnih i regionalnih sudionika, znači sustav se organizira odozdo prema gore. U mnogim EU zemljama kao što su Češka, Njemačka, Finska, Italija, Nizozemska i Slovačka, decentralizacija sustava socijalne skrbi predstavlja ključni stup socijalne reforme. Kombinirani sustav socijalne skrbi označava kombinirani način organiziranja socijalne skrbi. Primjerice, u Belgiji sustav socijalne skrbi primjenjuje decentraliziran način organizacije i to na: flamansku, francusku i njemačku govornu zajednicu, dok je sustav socijalne zaštite, koji neizravno financira neke od socijalnih usluga, kao i neke osnovne socijalne infrastrukture, ostao uglavnom federalni [22].

Ono što predstavlja glavni izazov u izgradnji sustava socijalne skrbi, a time uključujući i RH, je to da su socijalne usluge neujednačeno i nejednako razvijene diljem EU-a. Prevladavajući izazovi u sektoru su različitosti među državama članicama i unutar njih, uključujući raspršenost nadležnosti po administrativnim i političkim razinama, nedostatno financiranje i nedostatak osiguranja kvalitete ili standarda. Zbog ovih izazova spora je provedba trećeg dijela Preporuke o aktivnom uključivanju posvećenog poboljšanju pristupa kvalitetnim uslugama za osobe isključene s tržišta rada. Više pozornosti posvećeno je novčanim naknadama nego uslugama, čiji su dizajn, financiranje, isporuka i evaluacija obično raspoređeni na različitim razinama vlasti i uključuju različite aktere. Dok među državama članicama postoje značajne razlike, također prevladavaju značajne regionalne razlike i ukupne nejednakosti. Činjenica da ljudi u ranjivoj situaciji nemaju ili imaju ograničen pristup ciljanim socijalnim uslugama, a to u biti utječe na njihov ukupni pristup drugim važnim javnim uslugama, kao što je zdravstvena skrb [23].

Kvaliteta socijalnih usluga na razini EU-a satkana je od 20 načela Europskog stupa socijalnih prava, bilo u području jednakih prava i pristupa tržištu rada, pravednih uvjeta rada ili socijalne zaštite. Godine 2008. preporuka EU-a o aktivnom uključivanju tražila je od vlada da razviju sveobuhvatnu strategiju temeljenu na tri područja socijalne politike, a to su odgovarajuća potpora dohotku, uključivo tržište rada i pristup kvalitetnim uslugama [23].

Omogućen je prvi paket socijalnih ulaganja i to na temelju Preporuke o aktivnom uključivanju uz preporuku da se usluge trebaju pružati na personaliziran i integriran način. Uzima se u obzir integracija usluga – prema paketu – što bi označavalo korak prema djelotvornijim i učinkovitijim socijalnim uslugama [23].

Integracija socijalnih usluga može poboljšati njihovu učinkovitost i djelotvornost. Ovaj bi pristup mogao imati pozitivan učinak na manjkavosti u sustavu socijalnih usluga, povećanje njegova dosega, kao i olakšavanje prikupljanja informacija i znanja te olakšavanje identifikacije potreba i odgovarajućih odgovora. Inače, studija Europske Komisije o integriranom pružanju socijalnih usluga iz 2018. pruža sveobuhvatnu analizu i ocjenu reformskih procesa usmjerenih na integraciju socijalnih usluga s ciljem aktivacije korisnika minimalnog dohotka na tržištu rada. Dopunjen je popisom za provjeru za praktičare koji pruža konkretne smjernice i alate, kao i uvid u razloge koji stoje iza te veze između elemenata pružanja usluge [23].

U analizi veze između socijalne skrbi i sigurnosti pacijenata, postoje značajne razlike među zemljama članica Europske Unije. EU posvećuje veliku pozornost učincima javnog zdravlja i socijalne sigurnosti u okviru svih svojih politika. Zdravstvena politika EU-a stavlja naglasak na strateške ciljeve, uključujući: njegovanje dobrog zdravlja, sprječavanje bolesti i promicanje zdravog načina života te suočavanje s čimbenicima rizika kao što su pušenje, konzumiranje alkohola, nezdrava prehrana i fizička neaktivnost te oštećenje zdravlja i rizici za okoliš povezani sa zlouporabom droga, a posebna se pozornost pridaje očuvanju zdravlja ljudi do kasne životne dobi. Zatim daje doprinos inovativnim, efikasnim i održivim zdravstvenim sustavima i pomoći zdravstvenim sustavima država članica da odgovore na izazove koje predstavljaju starenje stanovništva, povećana očekivanja građana te slobodno kretanje pacijenata i zdravstvenih djelatnika, uključujući nove alate kao što je procjena zdravstvenih tehnologija; poboljšanje pristupa građana EU-a boljoj i sigurnijoj zdravstvenoj zaštiti pacijenata [24].

Kada je riječ o sigurnosti pacijenta, uzima se u obzir definicija koju je objavila Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) i ona glasi: „Najjednostavnija definicija sigurnosti pacijenata je prevencija pogrešaka i štetnih učinaka na pacijente povezanih sa zdravstvenom njegom. Iako je zdravstvena skrb postala učinkovitija, postala je i složenija, uz sve veću upotrebu novih tehnologija, lijekova i tretmana, ipak sve veći ekonomski pritisak na zdravstvene sustave često dovodi do preopterećenih zdravstvenih okruženja i time ugrožava sigurnost pacijenata [25].

Nadalje, uočen je ozbiljan problem u provedbi sigurnosti pacijenata u okvirima ustanova socijalne skrbi, stoga je dr. João Breda, voditelj Ureda SZO-a za kvalitetu skrbi i sigurnost pacijenata u Ateni izjavio da nema dovoljno podataka i pokazatelje po pitanju sigurnosti pacijenata te je nastalo novo preliminarno izvješće vezano za sigurnost pacijenata na razini EU. Izvješće ocjenjuje kvalitetu kroz ključne dimenzije kao što su pristup, sigurnost pacijenata, učinkovitost, jednakost i usmjerenost na pacijenta [26].

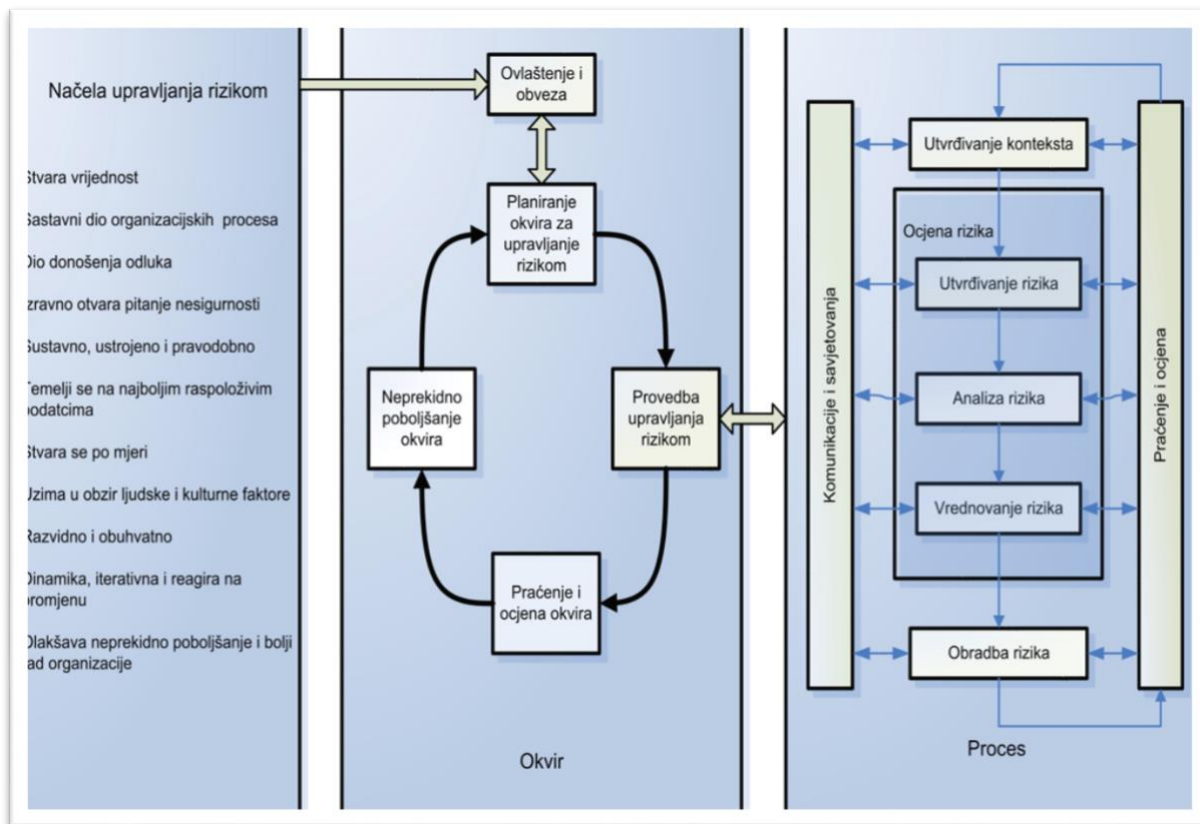
Inicijalni rezultati istraživanja pokazuju da većina EU zemalja fokus stavlja na pristup, učinkovitost i jednakost dok još nekoliko zemalja uzima u obzir usmjerenost na ljude. Nasuprot tomu, gotovo polovica EU zemalja (uključeni u istraživanje) izjasnili su se da nemaju podatke o učinkovitosti i sigurnosti pacijenata. Nema dovoljno dostupnih podataka o stanju kvalitete skrbi za osobe različite dobnih skupina, a o čemu je izrazila zabrinutost Suzanne Carai, koja obnaša funkciju konzultanta SZO/EU te je jedan od autora datog Izvješća [26]. Izvješće pruža uvid u manjak razumijevanja očekivanja ljudi od zdravstvene skrbi i ustanova socijalne skrbi, ali i uvid u značajan manjak sveobuhvatnih podataka o kvaliteti socijalne skrbi. Ključni rezultati izvješća uključuju: poboljšanje usmjerenosti na osobu i pravednosti u socijalnoj skrbi; smanjenje/pad sigurnosti i učinkovitosti kod pacijenata; više od polovice zemalja u regiji pokreću ili imaju već uspostavljene nacionalne planove za poboljšanje kvalitete skrbi i sigurnosti pacijenata u bolnicama i ustanovama socijalne skrbi. Preko 90% zemalja je koje planiraju borbu protiv antimikrobne rezistencije [26].

Daljnja očekivanja u svezi sigurnosti pacijenata odnose se na to da vladi trebaju pružiti jasne smjernice o tome kako vlade mogu kreirati visok kvalitetan sustav skrbi. Stavljanje prioriteta na kvalitetu skrbi trebala bi biti jedno od najbitnijih pitanja u agendi uz uključivanje javnosti te mjerenje bitnih aspekata kvalitete. Iz toga razloga nastao je upitnik *People's Voice Survey*. Riječ je o upitniku koji se već provodi u Grčkoj (2023) [26].

Nadalje, EU zemlje trebale bi razviti i implementirati nacionalne planove za kvalitetu skrbi. Ti planovi mogu biti učinkoviti jedino ako vlade usmjere svoje sustave prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti i suradnji između različitih komponenti socijalnog sustava. Gledajući unaprijed, pregled, dijeljenje i implementacija digitalnih zdravstvenih rješenja bit će ključni za poboljšanje kvalitete skrbi u cijeloj regiji [26]. Sustav sigurnosti pacijenta uključuje procese identifikacije, otkrivanja i reduciranja rizika koji su bazirani na metodologiji analize rizika. Svaka socijalna ustanova, u skladu sa svojim djelatnostima, okruženju i resursima treba pratiti, mjeriti i analizirati potencijalne rizike te temeljem vlastitog registra rizika permanentno raditi na poboljšanju sustava sigurnosti pacijenata [27]. Organizacije svih vrsta i veličina suočavaju se s unutaršnjim i vanjskim čimbenicima i utjecajima koji ih čine nesigurnima. Ta nesigurnost ima za posljedicu pojavnost rizika,

Iz tog razloga, organizacije moraju naučiti upravljati rizikom. Tijekom učenja i savladavanja procesa upravljanja rizikom, sudionici nadziru i kritički ocjenjuju rizik uz implementaciju upravnih djelovanja kako bi preinačile taj rizik. Takav sustavni i logički proces podrobno opisuje

međunarodna norma ISO 31000 koja pokriva načela koja trebaju biti zadovoljena da bi upravljanje rizikom bilo djelotvorno [28].



Slika 3.2 Prikaz odnosa između načela upravljanja rizikom, okvira i procesa

Izvor: Međunarodna Organizacija za Standardizaciju (ISO), (2018). „Norma ISO 31000:2018 – sustav upravljanja rizicima“, Ženeva, Švicarska, [Internet] (dostupno na <https://www.svijetkvalitete.com/index.php/normizacija/4106-upravljanje-rizicima-prema-hrn-iso-31000-2018> pristupljeno 10.09.2023.)

Slika 3.2 prikazuje odnos između načela upravljanja rizikom, okvira i procesa pri čemu uz načela upravljanja rizikom (dio je organizacijskih procesa sve do donošenja odluka) usmjerava se na stvaranje konteksta ovlaštenja i obveza (uključuje planiranje okvira za upravljanje rizikom) te do utvrđivanja konteksta, a samim time i ocjene rizika.

Zašto su neželjeni događaji tako česti u medicinskoj skrbi? Ključni uvidi iz rada na drugim poljima oblikovali su odgovor medicine na analizu zašto se pogreške pojavljuju i doveli do učinkovitijih rješenja za sigurnosna pitanja.

Tradicionalno, medicina je greške tretirala kao propuste pojedinačnih pružatelja usluga, što odražava neodgovarajuće znanje ili vještinu. Međutim, pionirski rad britanskog psihologa Jamesa

Reasona koji je analizirao pogreške u različitim poljima kao što su zrakoplovstvo i nuklearna energija otkrio je da katastrofalne sigurnosne propuste gotovo nikad ne uzrokuju izolirane pogreške koje su počinili pojedinci. Umjesto toga, većina nesreća rezultat je višestrukih, manjih pogrešaka u okruženjima koja imaju ozbiljne nedostatke u sustavu. Rad Reasona doveo je do razvoja sistemskog pristupa, koji smatra da većina pogrešaka odražava predvidljive ljudske propuste u kontekstu loše dizajniranih sustava. Sistemski pristup nastoji identificirati situacije ili čimbenike koji bi mogli uzrokovati ljudsku pogrešku i promijeniti temeljne sustave skrbi kako bi se smanjila pojava pogrešaka ili minimizirao njihov utjecaj na pacijente. Reason je predstavio danas poznati model švicarskog sira kako bi opisao ovaj fenomen. U Reasonovom modelu, pogreške koje počine pojedinci rezultiraju katastrofalnim posljedicama zbog manjkavih sustava - rupa u siru [29].

3.1. Procjena sigurnosti pacijenata

Sigurnost pacijenta je važno javnozdravstveno pitanje, a isto se definira kao „prevencija štetnog utjecaja na pacijenta te povećavanja rizika od učestalih pogrešaka koje se događaju“ [30, str.10]. Uključuje povećanje kvalitete rada zdravstvenih radnika i zdravstvene organizacije. Potrebno je raditi na značajnom povećanju sigurnosti za pacijenta, ali i za pružatelje zdravstvene skrbi [30]. Prva faza u razvoju kulture sigurnosti pacijenata u zdravstvenom sustavu je procjena aktualnog stanja, uz uvažavanje svih prednosti i nedostataka postojeće organizacije sustava [30]. Ključni problemi prilikom procjene jesu: načini prikupljanja informacija, manjkavo izvješćivanje o slučajevima, manjkavo izvješćivanje o neočekivanim neželjenim događajima, zatim, nedostatna primjena sigurnosnih praksi, standardiziranih protokola i odgovarajućih alata te monitoring praćenje sigurnosti pacijenata putem definiranih pokazatelja u okviru zakonskih propisa (bolničke zdravstvene ustanove). Tu su još problemi glede kulture koja nije na zadovoljavajućoj razini, zatim parcijalno uspostavljene aktivnosti povezane sa sprječavanjem i kontrolom infekcija. Jedan od ključnih problema jesu edukacije za koje se dosta zalaže medicinsko osoblje [30]. Stoga, u cilju procjene sigurnosti pacijenata između ostaloga, osnovana je mreža Europske unije za sigurnost pacijenata (engl. *European Network for Patient Safety, EUNetPaS*) [30].

3.2. Alati za procjenu sigurnosti pacijenata

Pokazatelji sigurnosti pacijenata jesu alati za mjerenje neželjenih događaja koji se mogu pojaviti i spriječiti u procesu pružanja zdravstvene skrbi. Razvijeni su nakon opsežnog proučavanja literature, istraživanja te sastanaka radnih skupina. Inače, alati za procjenu sigurnosti

su od velike pomoći zdravstvenim djelatnicima jer im pomažu da uvide greške i razvijaju bolju sposobnost uspoređivanja u procesu procjene sigurnosti pacijenata [31].

Sigurnost pokriva svaki događaj koji se može dogoditi u bolničkim okruženjima, ali i u bilo kojem drugom zdravstvenom okruženju, poput klinika primarne zdravstvene zaštite, domova za starije, ljekarni, domova pacijenata i u kliničkim ispitivanjima, kao što su: šteta nastala kao rezultat pogrešne dijagnoze, klinički postupak ili odluka, nuspojave lijekova, opasnosti koje predstavljaju medicinski uređaji ili proizvodi ispod standarda, ljudske pogreške i pogreške sustava [31].

3.3. Mjerenje sigurnosti pacijenata

Kada je u pitanju, mjerenje sigurnosti pacijenata, postupci su uvijek usklađeni s međunarodnim standardima. Usporedba nacionalnih i međunarodnih pokazatelja pomaže da se uoče problemi koji ugrožavaju sigurnost pacijenata. Važno je uspostaviti standardizirane obrasce u kojima treba unijeti sve potrebne relevantne podatke. Obrasci moraju biti jednostavni i dostupni i to uz pomoć odgovarajuće informatičke potpore i elektroničkih registara u kojima se pohranjuju podaci. Prikupljeni se podaci obrađuju te upotrebljavaju za poboljšanje sustava sigurnosti pacijenata [33]. Jedan od primjera je studija koja je provedena 2019. godine u međunarodnoj bolnici *Royal Care*. Radilo se o primjerenosti propisivanja liječničkih recepata, jer se ustanovilo da je kod većine recepata nedostajalo važnih informacija o pacijentu ili lijeku. Tako nešto indiciralo je na povećan rizik od pogreške u upotrebi lijeka. Stoga, upotreba strukturiranog obrasca za naručivanje lijekova može poboljšati i spriječiti neodgovarajuću ili pogrešnu upotrebu lijekova [34].

Treba raditi i na razvoju infrastrukture i što dostupnijeg informatičkog programa za prepoznavanje, primjenu, analizu, izvještavanje o medicinskim greškama, a jedan od primjera je program MERIS [35]. MERIS je ocijenjen kao sveobuhvatan i učinkovit sustav koji detektira glavne čimbenike koji uzrokuju štetne događaje (primjenjiv je bio u grčkom zdravstvenom sustavu). MERIS se može inkorporirati i učinkovito voditi na nacionalnoj razini, prilagođen potrebama i posebnostima svake bolnice ili klinike [36].

U obrazovnim programima za zdravstvene djelatnike nema sadržaja koji se odnose na sigurnost pacijenata, pa bi trebalo početi razmišljati o uvođenju takvih sadržaja ili ih uklopiti u cjeloživotno učenje kako bi se razvile ključne kompetencije za pružanje sigurne zdravstvene skrbi. Osiguranjem

edukacije, odnosno učenjem o sigurnosti pacijenata na svim razinama obrazovanja zdravstvenih djelatnika, daje se jasna poruka da je upravo pacijent u fokusu zdravstvenog sustava.

Osim zdravstvenih djelatnika, potrebno je aktivno sudjelovanje pacijenata i građana u procesu sigurnosti pacijenata. Ključnu ulogu imaju udruge pacijenata te mediji kako bi se promijenila percepcija odgovornosti za sigurnost pacijenata [33]. Studija provedena u Egiptu na primjeru medicinskih sestara kod prijave medicinske pogreške dokazala je da su medicinske sestre koje rade u nastavnim bolnicama postigle veći ukupni rezultat mjera sigurnosti pacijenata nego medicinske sestre koje ne rade u nastavnim bolnicama i nisu dovoljno educirane [36].

Druga istraživanja navode slične rezultate, koji pokazuju da medicinske sestre u velikim bolničkim sustavima poznaju sigurnost pacijenata jer posjeduju visoku organizacijsku kulturu učenja [37].

4. Dobrobit i zaštita pacijenata od potencijalnih opasnosti

U početnoj analizi o dobrobiti i zaštiti pacijenata treba krenuti od jednog ključnog dokumenta, a to je Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove [38]. Na temelju Pravilnika, određeni su akreditacijski standardi a to su:

- Upravljanje bolničkom zdravstvenom ustanovom
- Sustav osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite
- Prava pacijenata
- Klinička skrb
- Sigurnost okruženja
- Upravljanje informacijskom sigurnošću.

Uočen je jedan bitan standard po pitanju dobrobiti i zaštiti pacijenta, a to je sigurnost okruženja u kojem se pacijent nalazi. Dodatno, uz Pravilnik, nadovezuje se drugi ključan dokument kojim se propisuju postupci poštivanja dobrobiti i zaštite pacijenata, a to je Etički kodeks medicinskih sestara. Stoga, u drugom poglavlju pod naslovom „Temeljna načela“, jedna od ključnih obveza medicinske sestre je djelovanje na način da prepozna rizik kod pacijenta i svede ga na najmanju moguću razinu te štiti i podržava zdravlje pacijenata. Dodatno, u osmom poglavlju u kojem se opisuje protokol po pitanju zaštite pacijenata, medicinska sestra mora raditi s ostalim članovima tima na razvoju zdravstvene njege koja pridonosi sigurnom, terapijskom i etičkom radu [39].

Etički kodeks Centra za rehabilitaciju Varaždin i Doma socijalne skrbi za starije i nemoćne osobe Varaždin pruža zajednički sustav vrijednosti koje djelatnici uvažavaju, s time da se radi o normativnom aktu profesionalnog ponašanja svih djelatnika, volontera, studenata na praksi i vježbenika, kao i ostalih osoba koje na bilo koji način sudjeluju u radu i djelovanju Centra za rehabilitaciju [40]. U cilju što bolje provedbe Etičkog kodeksa Centra za rehabilitaciju Varaždin, ključno polazište treba biti dobrobit pacijenata. Stoga, jedna od sastavnica Kodeksa je: „Na prvo mjesto stavlja se dobrobit korisnika, uvažavaju se prava i različite potrebe korisnika. Poštuje se sigurnost, ugodan boravak, zaštita zdravlja i prikladno okruženje korisnika. Korisnika je potrebno kroz jasnu, primjerenu komunikaciju upoznati sa svrhom i ciljem rehabilitacije, u skladu s njegovim mogućnostima. Djelatnici su dužni poštivati temeljna ljudska prava, dostojanstvo, privatnost i autonomiju pojedinca, te poticati etičko ponašanje kod svojih korisnika, suradnika i kolega [40].

Osnovno načelo kodeksa Centra za rehabilitaciju je čuvanje integriteta i dostojanstva u radu s korisnicima Centra. Djelatnici su dužni poštivati nacionalnu, vjersku, rasnu, kulturnu, socijalnu i svaku drugu različitost u svrhu razvoja tolerancije i pozitivnih odnosa. U cilju održavanja dobrobiti i zaštite pacijenata od potencijalnih opasnosti, djelatnici Centra su dužni promicati ljudska prava, poticati aktivnosti korisnika i njihove očuvane mogućnosti sukladno njihovim očuvanim sposobnostima i interesima, voditi brigu o mentalnom, emocionalnom i fizičkom razvoju korisnika, objektivno i valjano vrednovati korisnikova postignuća u cilju poticanja njihovih maksimalnih mogućnosti. Isto tako, radi sigurnosti i zaštite korisnika mogu se primijeniti restriktivne mjere u vidu fizičkog obuzdavanja, medikamentoznog sputavanja i ograničenja prostora. Za oblik, vremensko trajanje i razlog uvođenja restriktivne mjere odgovoran je liječnik specijalista ili liječnik opće medicine [40].

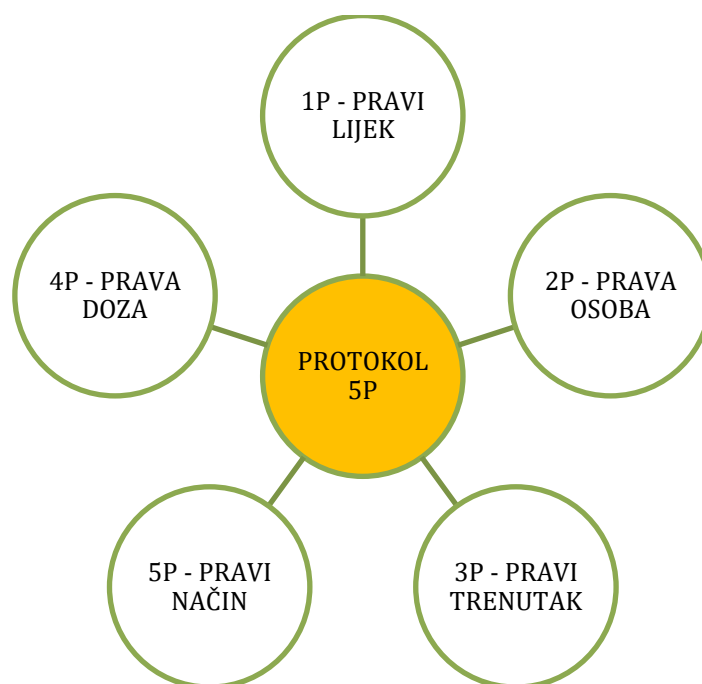
Također, do donošenja Zakona o zaštiti prava pacijenata u hrvatskom zakonodavstvu pitanja prava pacijenata nisu bila zasebno i cjelovito regulirana. Postojali su određeni instituti zaštite pacijentovih prava propisani Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, sukladno kojima se pacijent mogao žaliti na nepravilnosti koje je uočio u pružanju zdravstvene zaštite. Zakonom o zaštiti prava pacijenata ta prava su objedinjena i sistematizirana te je propisan način njihove zaštite i promicanja [41].

Zakon o zaštiti prava pacijenata omogućava pacijentima ostvarivanje prava na informiranje o zdravstvenim uslugama, o vlastitom zdravstvenom stanju, o potencijalnim rizicima, pogodnostima svakog postupka, o alternativama predloženih postupaka, dijagnozi, prognozi i napretku liječenja te mogućnosti dobivanja drugog mišljenja. Zakon primjenjuju zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici koji zdravstvenu djelatnost obavljaju sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti [41].

4.1. Pravilna primjena lijekova

Pravilan način čuvanja lijeka je čuvanje na sigurnom, suhom, tamnom i hladnom mjestu. Lijekove treba izbjegavati čuvati u kupaonici, iznad izvora topline, svjetla (na sunčanom ili vlažnom mjestu, pored izvora vlage).

Stoga, postoji protokol „5P“. Na temelju toga protokola, provodi se pravilna primjena lijekova za pacijente (vidi sliku 4.1.3).



Slika 4.1.3 Shematski prikaz protokola za pravilnu primjenu lijekova

Izvor: Dostupno na: [Da li poznajete 5P- Uzimanje lijekova na pravi nacin.pdf](https://obs.ba/images/stories/AFISE/03%20Da%20li%20poznajete%205P-Uzimanje%20lijekova%20na%20pravi%20nacin.pdf).

<https://obs.ba/images/stories/AFISE/03%20Da%20li%20poznajete%205P-Uzimanje%20lijekova%20na%20pravi%20nacin.pdf>

U nastavku je prikazan opis protokola za uzimanje lijekova [42].

1P - odnosi se na pravi lijek. To je lijek koji je propisao liječnik/ljekarnik. Važno je da pacijenti budu upoznati sa svim lijekovima koje uzimaju. Također je poznato da interakcije lijekova mogu smanjiti efikasnost lijeka ili povećati neželjene učinke. Pravi lijek treba prepoznati po imenu te po boji, obliku i učinku. Lijekovi se ne smiju miješati i potrebno ih je čuvati u originalnoj ambalaži. Uvijek treba provjeriti datum izdavanja lijeka, rok trajanja otipkan na etiketi ili na samoj kutiji lijeka. Nakon isteka roka trajanja, lijek može izgubiti svoj učinak ili postati otrovan [42].

2P - Prava osoba označava da su lijek i doza propisani individualno osobi prema njezinom zdravstvenom stanju. U obzir se uzima tjelesna težina pacijenta, alergije i druge bolesti. Pri tome, pacijent se mora strogo držati toga da lijekove ne dijeli s drugim osobama koji imaju iste simptome. Treba držati lijekove pod nadzorom i na određenom mjestu [42].

3P- Pravi lijek: Svaki lijek je potrebno davati u točno propisano vrijeme. Neki lijekovi mogu biti prilagođeni hranom, pićem ili nekim drugim lijekovima. U slučaju da se lijek ne daje u propisano vrijeme, time se smanjuje učinkovitost lijeka [42].

4P- Prava doza označava uzimanje količine lijeka koja je propisana. Pridržavati se prave doze znači imati adekvatno pomagalo za mjerenje [42].

5P- Pravi način: U slučaju da je lijek pogrešno uzet, uzrokuje često više štete nego koristi. Lijek može imati neugodan učinak i pri tome pomaže savjet medicinskog osoblja [42].

4.2. Održavanje higijenskih standarda u ustanovi socijalne skrbi

Kada je u pitanju održavanje visokih higijenskih standarda u ustanovi socijalne skrbi, primjenjuje se Pravilnik o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga [43] kojeg se treba pridržavati s ciljem održavanje higijene u ustanovi socijalne skrbi. U Čl. 6 Pravilnika navodi se da zgrada u kojoj se nalaze prostorije u kojima se pružaju usluge treba ispunjavati sljedeće uvjete:

- udovoljavati sanitarno-tehničkim i higijenskim uvjetima
- biti lociran na pristupačnom terenu s nesmetanim prilazom prijevoznim sredstvima, a pješački prilazni put mora biti osvijetljen i udovoljavati propisima o sigurnosti u prometu
- osigurati zaštitu od izravnog prodiranja sunčevih zraka, kojom se sprječava pretjerano zagrijavanje, a u spavaonicama treba osigurati mogućnost zamračenja
- osigurati prirodno prozračivanje, a ako ima prostora s nedovoljnim prozračivanjem, potrebno je osigurati umjetnu ventilaciju
- osigurati ravnomjerno zagrijavanje prostorija na temperaturu od 20 do 22 °C, osim u hodnicima i pomoćnim prostorima na temperaturu od 18 °C, a u razdoblju visokih vanjskih temperatura u prostoru u kojem borave korisnici potrebno je osigurati optimalnu temperaturu, 5 °C nižu od vanjske
- visina prostorija mora iznositi najmanje 240 cm, iznimno ako se usluga pruža u potkrovnim prostorijama, u ukupnu površinu prostora ne uračunavaju se dijelovi prostorija nižih od 190 cm
- prostorije moraju udovoljavati svim propisanim komunalnim i sanitarnim uvjetima vodoopskrbe i odvodnje sanitarnih i drugih otpadnih voda, električnog dovoda, telefonskog i internetskog priključka te plinovodnih i drugih instalacija
- opskrba vodom ostvaruje se instalacijom vodovodne mreže sa zdravstveno ispravnom vodom za piće
- otpadne vode odvede se kućnom kanalizacijom koja se priključuje na komunalnu kanalizaciju ili na drugi način, prema važećim propisima i standardima
- električna instalacija mora biti zaštićena i osigurana
- zaštita od požara provodi se sukladno posebnim propisima [43]

Kada su ispunjeni svi navedeni uvjeti, onda se smatra da su ispunjeni potrebni higijenski standardi, čime se omogućuje suživot pacijenata i djelatnika u Centru za rehabilitaciju.

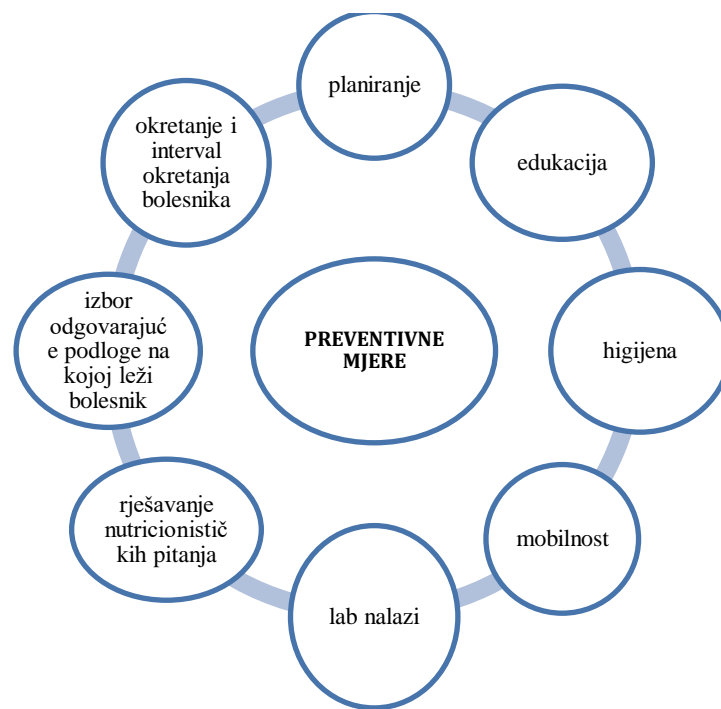
4.3. Prevencija, detekcija i liječenje dekubitusa

Dekubitalni vrijed, uobičajeno nazvan dekubitus u engleskom govornom području naziva se „bed sore“, „decubitus ulcer“, „pressure“, „pressure ulcer“, „dermal ulcer“ [44]. Latinski naziv je „decubitus“. Uglavnom pojam dekubitus susreće se u svakom jezičnom području, te je vidljivo da su se kroz povijest često susretali s ovim problemom.

Prema EPUAP teoriji (European Pressure Ulcer Advisory Panel), dekubitus je lokalno oštećenje kože ili potkožnog tkiva nastalo zbog sile pritiska, tlaka ili trenja, odnosno njihovom kombinacijom [45]. Utvrđeno je da je posljednjih godina broj dekubitusa sve veći pa je veća i potreba za povećanjem preventivnih mjera, intenziviranjem zdravstvene njege i edukacijom osoblja te redukcijom rizičnih čimbenika kada je u pitanju dekubitus [45].

Oni bolesnici koji dugo leže, nisu uhranjeni i imaju značajne komorbiditete skloniji su riziku za nastanak dekubitusa [46]. Dakle, dekubitus je ozbiljno stanje koje dovodi do toga da zbog lokalne ishemije dolazi do ireverzibilnih oštećenja tkiva i nastanka nekrotičnih promjena koje se protežu u različite dubine, a u ovisnosti o duljini trajanja pritiska na to mjesto. Ireverzibilne promjene kože i dubljih struktura mogu nastati već nakon 2 sata neprekidnog pritiska [47].

Na temelju istraživanja Moora i suradnika (2019) utvrđeno je da medijan dekubitusa u EU bio je 10,8% (standardna devijacija: 7%; raspon: 4,6-27,2%). Najveća prevalencija dekubitusa zabilježena je u Nizozemskoj (27,2%; n=17 494 sudionika), a najmanja je prijavljena u Finskoj (4,6%; n=629 sudionika). Gotovo 32,4% dekubitusa (n=151 195) bili su kategorije I, a najčešće mjesto za dekubitus bila je sakrum [48]. Prema tome, podaci stalno ukazuju na stalnu potrebu za daljnjom raspodjelom resursa za prevenciju i liječenje dekubitusa. Prije svega bitna je prevencija odnosno pristupa se preventivnim mjerama (slika 4.3.4)



Slika 4.3.4 Prikaz preventivnih mjera dekubitusa

Izvor: prilagođeno prema J. Hančević i suradnici. Prevencija, detekcija i liječenje dekubitusa. Naklada Slap. Zagreb. 2009 str, 35.

Slika 4.3.4 prikazuje postojeće preventivne mjere koje služe za zaštitu i sigurnost pacijenata koji imaju dekubitus. U suštini, mnoge preventivne mjere nerijetko su vrlo skupe i to koji put ometa njihovu primjenu, ali ako se učini detaljna analiza, vidi se uzrečica „skupo je zapravo jeftino“ i to je uvijek točno [44]. Hančević i suradnici zato savjetuju da se pri analizama treba obrađivati, kako pojedinog pacijenta tako i istu vrstu pacijenta na velikom broju identičnih slučajeva. Pri tome se moraju postaviti pitanja i dobiti odgovore: „Koliko je skupo liječenje?“, „Koliko stoji profilaksa?“, „Što za bolesnika znači pojava dekubitusa?“. Je li dekubitus i mjerilo kvalitete usluge?, te zadnje pitanje: „Što znači bolesnik s dekubitusom i kakav je motiv na medicinski personal koji se s njime bavi?“

Normalno je da se uvijek postavlja pitanje cijene brige i njege bolesnika te što se time postiže. Svaka studija treba odgovor na pitanja: koliko je potrebno vremena, kakva je kvalifikacija osoblja te kolika je cijena utrošenog materijala po danu ili po pacijentu, zatim koliko su utrošena sredstva za vrijeme boravka u bolnici te koja je cijena iznajmljivanja ili amortizacije, na primjer za specijalne krevete i slično [44].

Nakon pojašnjenja o prevenciji dekubitusa, slijede opisi liječenja dekubitusa, s time da se svaka rana koja ne zacijeli u roku od 3 do 7 tjedana, ako je riječ o mekom tkivu, smatra kroničnom ranom [44]. U pravilu treba razlikovati dva načina cijeljenja rane: primarno i sekundarno. Primarno cijeljenje se odnosi na čiste i primarno obrađene kirurške rane u kratkom roku od ranjavanja te sekundarne se javljaju kod inficiranih rana.

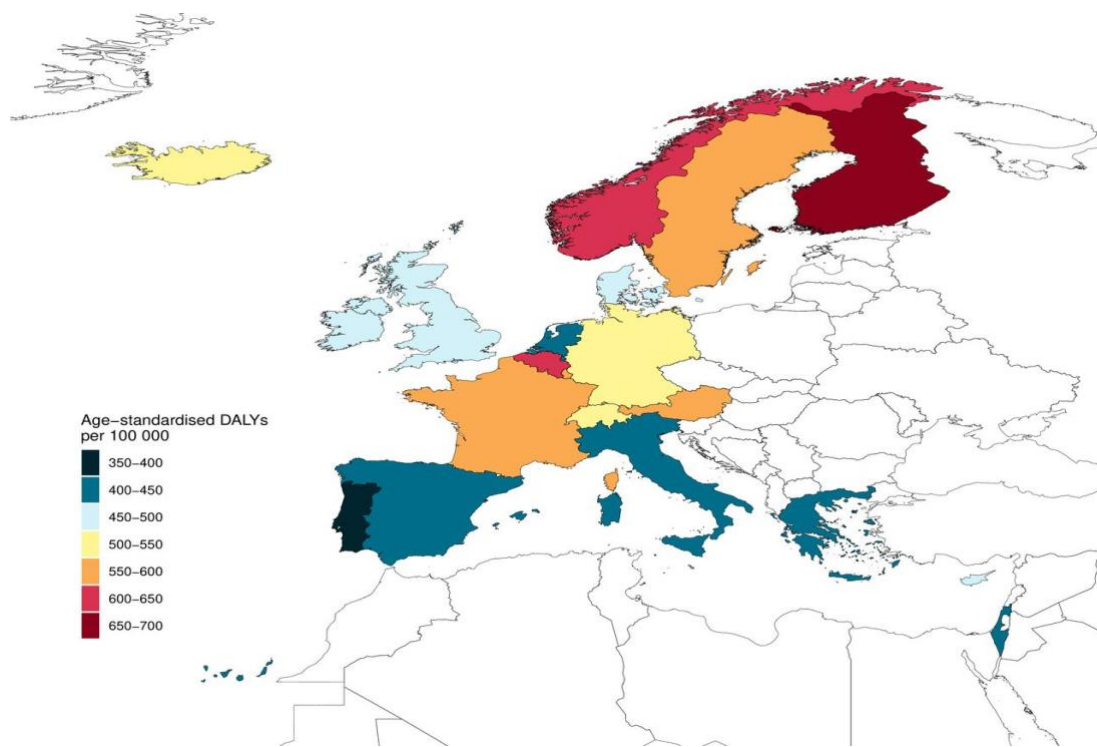
Liječenje infekcije dekubitusa je vrlo zahtijevan proces koji podrazumijeva uzimanje materijala, određivanje osjetljivosti uzročnika (antibiogram) te uključivanje ciljanih antibiotika, ali i monitoring stanja pacijenta i lokalnog nalaza [49].

Liječenje infekcije podrazumijeva i lokalni tretman („debridement“, potporne obloge, hiperbarična oksigenoterapija (HBOT), kontrolu boli). Antibiotici koji se primjenjuju pri infekciji dekubitusa moraju se primijeniti na osnovi nalaza osjetljivosti uzročnika, ali i laboratorijskih nalaza. Moraju se primijeniti ciljano i u kratkom razdoblju [49]. Debridement je temelj u liječenju III. i IV. stupnja dekubitalnog ulkusa. Postoji više vrsta debridmana i to su oštri ili kirurški, autolitički, kemijski, enzimski, biološki, mehanički [49]. Po drugoj strani, terapija negativnim tlakom je standard u liječenju kroničnih rana, ali i odlična priprema za daljnji kirurški rad jer reducira eksudat, smanjuje edem i veličinu rane, pospješuje formiranje granulacijskog tkiva i smanjuje broj bakterija u rani. HBOT može biti efikasan kod reperfuzijske ozljede i djelovanja slobodnih vrsta kisika. Primjenjuje se kod svih stupnjeva dekubitusa, a može se koristiti i kao potpora rekonstrukcijskom kirurškom liječenju [49].

Liječenje dekubitalnih vrijedova dužnost je liječnika, a profilaktičke postupke primjenjuju dobro educirane medicinske sestre. Samo timski rad liječnik – medicinska sestra, uz ostale stručne osobe daju zadovoljavajuće rezultate [45]

4.4. Prevencija, detekcija i liječenje padova

Sukladno podacima SZO, svake godine pad doživi jedna trećina osoba starijih od 65 godina, a ta brojka još više raste s dobi starijih osoba. U Hrvatskoj su padovi glavni uzrok smrtnosti i bolničkog liječenja kod starijih osoba. Najčešći uzroci bolničkog zbrinjavanja starijih osoba uslijed pada su prijelom kuka, traumatska ozljeda mozga i ozljede ruku [50].



Slika 4.4.5 Dobno standardizirane DALY stope po zemlji u Europi

Izvor: JA, Haagsma BF Olij, M Majdan, et al. Falls in older aged adults in 22 European countries: incidence, mortality and burden of disease from 1990 to 2017. *Injury Prevention* 2020.

Slika 4.4.5 prikazuje dobno standardizirane postotke godina života prilagođena invalidnosti. (engl. *disability-adjusted life year DALY*) po zemlji u Europi. Uočeno je da najveću ima Belgija, zatim Litva i Latvija [51]. Alat za procjenu može biti jednostavan kontrolni popis čimbenika rizika ili može biti složeniji, ovisno o potrebama bolnice ili organizacijske jedinice. U Hrvatskoj se primjenjuje za odraslu populaciju Morseova ljestvica, kao dio sestrinske dokumentacije, koja je definirana Pravilnikom o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, odnosno Zakonom o sestrinstvu i prihvaćena od strane Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS-a) [52].

Sukladno globalnom Izvješću o padovima od strane SZO, 2007. godine padovi i sekundarne ozljede su ozbiljni javni zdravstveni problemi koji često zahtijevaju medicinsku pomoć. Spadaju u 20-30% lakše do teških ozljeda, i druge strane, ako se primjena odnosi na bolesnike koji su već bili u bolnici, to je razlog za 10-15% svih posjeta hitnoj pomoći. Znači, predstavlja više od 50% hospitalizacija povezanih s ozljedama među ljudima starijim od 65 godina. Glavni uzroci hospitalizacije uzrokovanih padom su: prijelom kuka, traumatska ozljeda glave i ozljede gornjih udova [53].

Padovi se javljaju kao rezultat kompleksne međupovezanosti rizičnih čimbenika. Glavni rizični čimbenici reflektiraju na velik broj zdravstvenih determinanti koji direktno ili indirektno utječu na dobrobit pacijenta. Ti rizični čimbenici kategorizirani su u četiri skupine: biološki čimbenici, čimbenici ponašanja i čimbenici okruženja i socioekonomski čimbenici.

Biološki čimbenici odnose se na obilježja pojedinca, kao na primjer: dob, spol i rasa. Oni su također povezani s promjenama uzrokovanim starenjem, kao što je smanjenje fizičkih, kognitivnih i afektivnih sposobnosti, te komorbiditet povezan s kroničnim bolestima kod pacijenata. Interakcija bioloških čimbenika s rizicima ponašanja i okoliša povećava rizik od pada. Na primjer, gubitak mišićne snage dovodi do gubitka funkcije i veće razine slabosti, što povećava rizik od pada zbog nekih opasnosti u okruženju u kojem živi pojedinac. [53].

Čimbenici ponašanja odnose se na postupke pojedinaca njihove emocije ili dnevne izbore. Potencijalno su skloni promjenama. Na primjer, rizično ponašanje poput uzimanja više lijekova, prekomjerne upotrebe alkohola i sjedilačkog ponašanja može se modificirati kroz strateške intervencije u smjeru promjene ponašanja.

Čimbenici okruženja obuhvaćaju međudjelovanje fizičkih uvjeta pojedinaca i okruženja u kojem pojedinac živi uključujući kućne opasnosti i opasnosti u širem okruženju. Treba znati da ti čimbenici sami po sebi nisu uzrok padova – već čimbenici okruženja predstavljaju interakciju drugih čimbenika i njihove izloženosti okruženju u kojem se nalaze. To su: opasnosti kod kuće kao što su: uske stepenice, skliske površine, nedovoljno pričvršćeni tepisi i nedovoljno osvjetljenje u kući. Loš dizajn zgrade, sklizak pod, napukli ili neravni pločnici i slabo osvjetljenje na javnim mjestima su rizični čimbenici za ozljede pri padu kod starijih ljudi [53].

Socioekonomski čimbenici rizika utječu na društvene uvjete i ekonomski status pojedinca, a isti dovode do pojave padova kod ljudi. Socioekonomski čimbenici uključuju: nizak prihod, nizak stupanj obrazovanja, neadekvatno stanovanje, nedostatak društvene interakcije, ograničen pristup zdravstvenoj i socijalnoj skrbi, posebno u udaljenim područjima, te nedostatak resursa zajednice [53].

Zaključuje se da prevencija uz uvažavanje prethodno opisanih čimbenika rizika predstavljaju značajan putokaz u sprječavanju ozljeda pacijenata posebno u ustanovama socijalne skrbi. Postavlja se pitanje kako podići svjesnost građana o načinima sprječavanja padova jer se radi o vrlo ozbiljnoj zdravstvenoj pojavi koja češće zahvaća staru populaciju građana u RH.

Prije svega, građani moraju imati barem osnovne informacije o prednostima sudjelovanja u aktivnostima usmjerenim na prevenciju. No informacije same po sebi nisu dovoljne, potrebno ih je oblikovati tako da promiču realna pozitivna uvjerenja o mogućnostima preventivnog djelovanja ako je vjerojatno da će uslijediti bilo kakva promjena. Čini se da mnogi stariji ljudi pretpostavljaju da se prevencija pada sastoji od ograničenja aktivnosti ili korištenja pomagala i preinaka doma. Istraživanja sugeriraju da su mnogi stariji ljudi neupućeni jer postoji fatalističko prihvaćanje pada koje može pridonijeti slabom prihvaćanju intervencija za prevenciju padova. Kampanje trebaju podići opću svijest i ne smiju biti usmjerene samo na starije osobe i pri tome treba uvažavati mišljenja drugih, uključujući zdravstvene djelatnike i obitelj koji utječu na odluke starijih osoba, posebno u ustanovama socijalne skrbi [53].

5. Nova uloga magistre sestrinstva u provođenju sigurnosti pacijenata

Iako nema opće prihvaćene definicije sestrinstva, iznimno je prihvatljiva definicija V. Henderson: „Jedinstvena je uloga medicinske sestre/magistre sestrinstva pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao sam kad bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje“ [54].

Uloge magistre sestrinstva u suglasju je s propisima Međunarodnog Vijeća sestara [55]. Opis poslova magistre sestrinstva je jedinstven i opisan je u Zakonu o sestrinstvu [56].

5.1. Promjena uloga odnosa liječnika i magistre sestrinstva u cilju sigurnosti pacijenata

Promijenjena uloga magistre sestrinstva dovela je do promjene ne samo na mjestu rada već i na području obrazovanja, uz sve veću primjenu moderne tehnologije. Uz to, profesionalizacija odnosa liječnika i magistre sestrinstva mora biti na iznimnoj razini jer su korisnici usluga danas osviješteni i zahtijevaju pomoć u realnom vremenu od strane kompetentnih profesionalaca [57].

Odredba EU nalaže da je pravo svih u Europi, bez obzira na financijska sredstva, mjesto življenja i zdravstveno stanje, pravo na najkompetentnije zdravstvene profesionalce koji pružaju najkompetentniju ujednačenu zdravstvenu skrb. Statistički podaci govore da će jedna od tri osobe imati potrebu za zdravstvenom njegom prije navršenih 65 godina, a gotovo svi će trebati neki oblik skrbi nakon 65 godina [57]. Projekcije razvoja sestrinstva sukladne porastu starije populacije u RH nisu vidljive. Sestrinstvo s obzirom na starenje medicinskih sestara i odlascima iz RH, ali i iz profesije ne daje nadu budućim korisnicima, uključujući i medicinske sestre kao potencijalne korisnike. Zato je razvoj strategije sestrinstva važan, uključujući magistre sestrinstva. Potencijali su prisutni i postoje. Na svim razinama obrazovanja, preddiplomskih i diplomskih studija medicinske sestre se obrazuju uglavnom iz vlastitih potreba i inicijativa, s vlastitim izvorima financiranja, a njihov profesionalni potencijal nije kapitaliziran. Inače još je uvijek premalena brojka zdravstvenih ustanova koji integriraju medicinske sestre s diplomskom razinom obrazovanja. Prepoznavanje stručnog kadra i uključivanje istog u rad ustanova socijalne skrbi također treba biti primarno jer se time značajno utječe na suživot u ustanovi socijalne skrbi a time i strogo vodi računa o sigurnosti pacijenata u ustanovama socijalne skrbi.

5.2. Kompetencije magistre sestrinstva

Magistra sestrinstva može uz pomoć svojeg znanja i vještina komunicirati svoja stečena znanja s drugim članovima tima. Primjerice, kompetencije magistre sestrinstva/medicinske sestre u Centru za rehabilitaciju Varaždin uključuje internu edukaciju s osvrtom na higijenu ruku. Provode predavanja namijenjeno svom osoblju ustanove, pogotovo njegovateljima, spremačicama i medicinskim sestrama. Smatraju da „5 trenutaka za higijenu ruku” je ono što bi sve trebalo voditi u svakodnevnom radu s pacijentima. Naglašava se redovita upotreba zaštitnih sredstava, prvenstveno PVC i latex rukavica jer tako magistra sestrinstva upućuje da je to način osobne zaštite, ali i zaštite pacijenta. Metode dezinfekcije prostora, nove smjernice u dezinfekciji ruku, uzimanje mikrobioloških preparata, promjena dezinficijensa zbog mogućeg razvoja rezistencije mikroorganizama su sve sastavnice koje čine uhodan protokol rada u ustanovama socijalne skrbi.

Kontinuirana edukacija jedan je od važnih čimbenika za razvijanje i unaprjeđivanje kompetencija. Istraživanja ukazuju na manjak kontinuiranih edukacija magistra sestrinstva i medicinskih sestara o prevenciji i pojavnosti dekubitusa, pogotovo kod pojavnosti dekubitusa kod pacijenata u ustanovama socijalne skrbi. U prilog tome ide istraživanje autora Gedamu i suradnika (2021). Naime, autori su proveli sustavni pregled primarnih istraživanja i procjenjivali su znanje medicinskih sestara o prevenciji dekubitusa. Rezultati: ukupno znanje medicinskih sestara o prevenciji dekubitusa bilo je 46,24 % (95 % CI: 26,63–65,85). i upravo na temelju rezultata, kreiran je zaključak da je razina znanja medicinskih sestara o prevenciji dekubitusa vrlo niska. Prema tome ukazuje se potreba za kontinuiranom edukacijom o prevenciji pojavnosti dekubitusa jer je to vrlo važno za sve medicinske sestre [58].

Pri tome, uvijek treba uvažati ključne kompetencije medicinske sestre koje je propisala Hrvatska komora za medicinske sestre. Među prvim ključnim kompetencijama jesu: odgovornost. Medicinska sestra prihvaća odgovornost i obvezu za vlastite postupke i rezultate pružanja zdravstvene njege unutar zakonskih okvira sestrinske prakse.

Druga kompetencija odnosi se na etičku praksu koje magistra sestrinstva/medicinska sestra moraju obavljati u skladu s nacionalnim etičkim kodeksom. Koristi zakonsku regulativu pri izvještavanju o uočenom ponašanju, aktivnostima ili situacijama koje bi mogle ugroziti sigurnost, privatnost ili dostojanstvo pacijenta/bolesnika, ali i onih aktivnosti koje narušavaju ugled i dostojanstvo suradnika i poslodavca [59].

Treća kompetencija odnosi se na uvažavanje načela pružanja zdravstvene njege, a to znači da moraju pružati zdravstvenu njegu u skladu s postavljenim standardima i procedurama u zdravstvenoj njezi, posebno kada je u pitanju sigurnost pacijenata, pojavnost infekcija, dekubitusa i padova kod pacijenata u ustanovama socijalne skrbi. Dužne su obavještavati pacijente, pružiti savjet, dati upute i pružati podršku za vrijeme liječenja i kroz druge oblike zdravstvene zaštite, ali isključivo u okviru svojih kompetencija [59].

Četvrta kompetencija naslova promocija zdravlja odnosi se na identifikaciju potrebe za uvođenjem jednostavnih zdravstvenih mjera prilikom pružanja zdravstvene njege. To je posebno važno kada su u pitanju mjere zaštite pacijenata i njihova ocjena učinkovitosti [59].

Spominju se još kompetencije koje se tiču procjene zdravstvenog stanja, a to je iznimno važno kod pojavnosti infekcija kod pacijenta/bolesnika. Pri tome, medicinske sestre moraju poznavati sustav upravljanja kvalitete rada u zdravstvenoj njezi [59].

Kompetencija naslova planiranje zdravstvene njege odnosi se na izradu Plana zdravstvene njege, a time se otvara suradnja s bolesnikom kod provođenja zdravstvene njege [58].

Kompetencija naslova provedba postupaka odnosi se na provođenje i planiranje postupaka prema prihvaćenim standardnim operativnim procedurama [59].

Kompetencija naslova edukacija odnosi se na usavršavanje medicinskog osoblja. Vrlo je teško u današnje vrijeme iznalaziti načine stjecanja znanja kroz edukacije jer su edukacije sve cjenovno skuplje, nedostupne i ima ih nedovoljno [59].

6. Istraživački dio

6.1. Hipoteze i ciljevi

Hipoteze

- H1 Učestalost pojave dekubitusa je veći kod pacijenata muškog spola u odnosu na ženski spol te su značajno veća pogoršanja zdravstvenog stanja kod pacijenata muškog spola u odnosu na ženski spol.
- H2 Učestalost pojave infekcije uzročnikom *Klebsiella pneumonia* ravnomjerno se razvija kod oba spola.
- H3 Učestalost broja padova raste s dobi pacijenata.
- H4 Učestalost broja agresivnih ponašanja značajno je manji u odnosu na autoagresivna ponašanja.

Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je utvrditi sigurnost korisnika u ustanovi socijalne skrbi. Analizirat će se broj padova, agresivnog i autoagresivnog ponašanja, pojava infekcije, dekubitusa te broj umrlih u periodu od jedne godine na 539 korisnika.

6.2. Metode i tehnike prikupljanja podataka

Provest će se retrospektivno istraživanje. Za potrebe ovog istraživanja, prikupit će se podatci iz protokola mjera sprječavanja rizika i ocjene učinkovitosti mjera u Centru za rehabilitaciju Varaždin, Podružnica Pustodol, Donja Stubica te iz drugih dostupnih podataka. Podaci će biti prikazani u tablicama i grafikonima. Kvaliteta prikupljanja podataka bit će osigurana standardiziranim izvorom podataka: medicinska dokumentacija. Metode istraživanja u ovom radu su: metoda analize i sinteze te metoda dokazivanja. Statistička metoda, uz primjenu deskriptivnu i inferencijalnu statistiku, jesu t -test i hi-kvadrat test.

6.3. Uzorak sudionika

Uzorak ispitanika jesu korisnici Centra za rehabilitaciju Varaždin, Podružnica Pustodol, Donja Stubica. Ukupan uzorak činilo je 539 korisnika koji borave u Centru za rehabilitaciju Varaždin, Podružnica Pustodol, Donja Stubica. Kriterij isključenja jesu korisnici drugih Centara za rehabilitaciju.

6.4. Poštivanje etičkih načela u istraživanju

Etika u istraživanju odnosi se na primjenu etičkih načela i prikladnost ponašanja u pripremi i provedbi istraživanja te analizi i interpretaciji rezultata [60].

6.5. Ograničenja u istraživanju

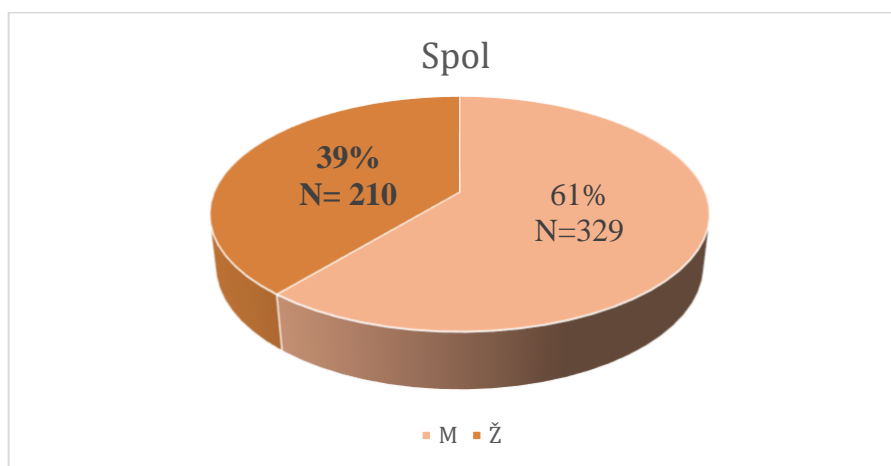
Nije bilo ograničenja u istraživanju.

6.6. Očekivani znanstveni doprinos istraživanja

Ovim istraživanjem dati će se uvid u razinu sigurnosti pacijenata u ustanovi socijalne skrbi te postojećim mjerama sprječavanja rizika i ocjene učinkovitosti postojećih mjera. Istraživanja na navedenu temu ima vrlo malo na razini EU.

6.7. Rezultati istraživanja

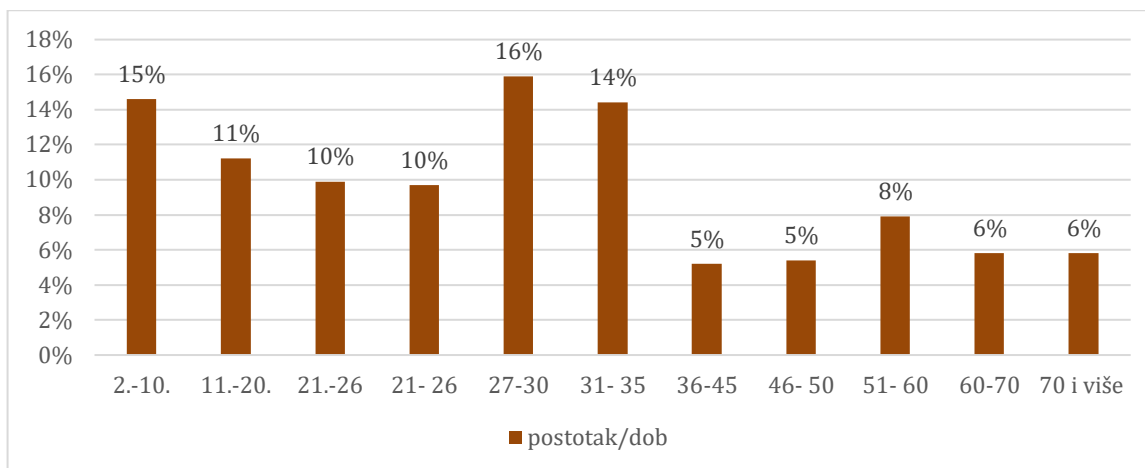
Na temelju unesenih podataka učinjena je SPSS analiza. U prvom slijedu, to su rezultati sociodemografskih podataka: spol i dob ispitanika.



Grafikon 6.7.1 Spol ispitanika

Izvor: Autor

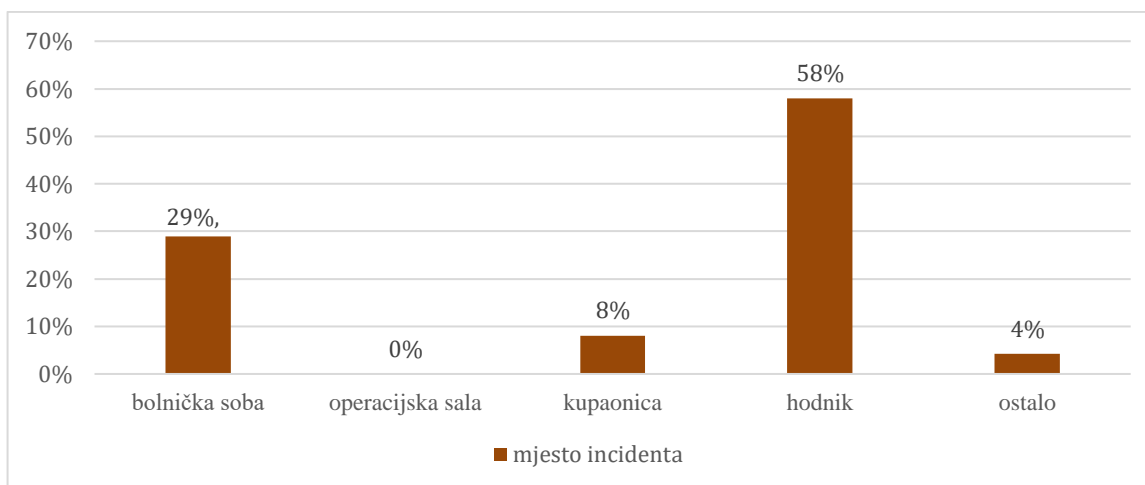
Sukladno prikazanim rezultatima istraživanja u grafikonu 6.7.1, veći postotak ispitanika čine 61 ispitanika muškog spola N= 329 (61%), dok je zastupljeno 39 % ispitanika ženskog spola (N=210) Ukupan broj ispitanika je 539 ispitanika (N=539).



Grafikon 6.7.2 Dob ispitanika

Izvor: Autor

Na temelju rezultata koji su prikazani u grafikonu 6.7.2, uočeno je da najveći postotak ispitanika N=87 (16%) čini dobna skupina od 27 godina života do 30 godina života, na drugom mjestu je dobna skupina od 2 godine života do 10. godine života N=78 (15%), a na trećem mjestu je dobna skupina od 31 godine života do 35 godine života N=77 (14%). Najmanje podjednako zastupljene skupine su od 36 godina do 45 godina života N= 29 (5%) te od 46 godina života do 50 godina života N=28 (5%). Zaključuje se da su iznimno mladi i relativno mladi ljudi uključeni u istraživanje.

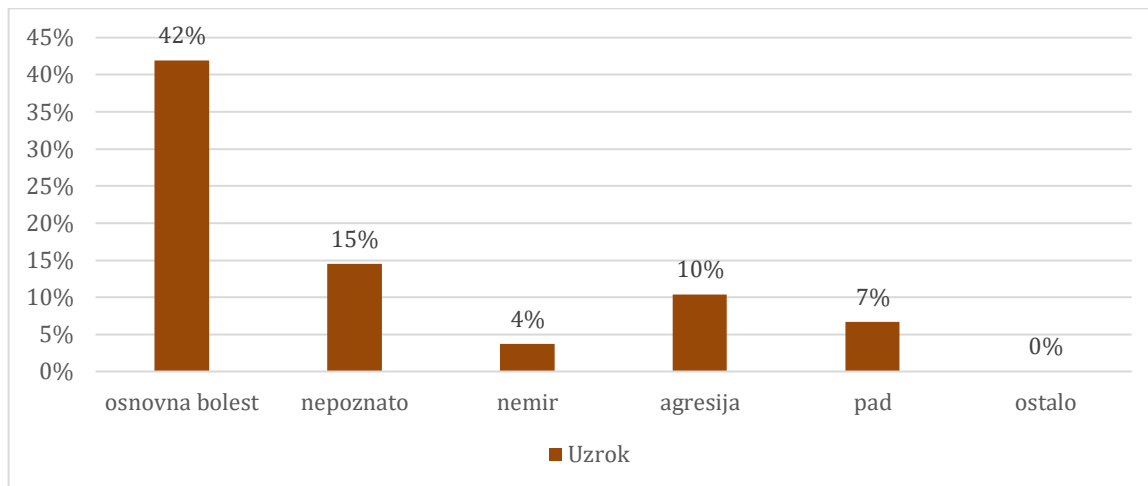


Grafikon 6.7.3 Mjesto incidenta

Izvor: Autor

Na temelju rezultata koji su prikazani u grafikonu 6.7.3 najučestalije mjesto incidenta je hodnik što čini iznadprosječan postotak ispitanika, N=268 (58%), Slijedi mjesto incidenta- bolnička soba, N= 132 (29%), zatim kupaonica N=37 (8%) i N=19 (4%) čini mjesto incidenta za koje je utvrđena

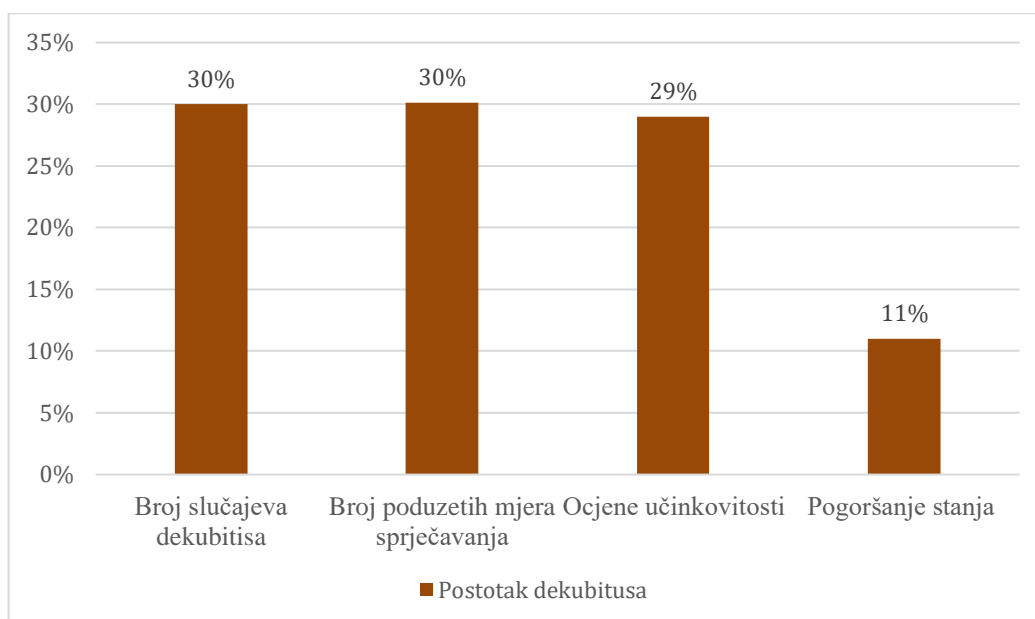
kategorija „ostalo“ (boravak, kockica, dnevni boravak II odjela, blagovaona, soba, boravak IV odjela. dvorište IV odjela i vanjsko dvorište boravak, kockica, dnevni boravak II odjela, blagovaona, soba, boravak IV odjela. dvorište IV odjela i vanjsko dvorište). Nije bilo zabilježenih incidenata u operacijskoj sali).



Grafikon 6.7.4 Uzrok incidenta

Izvor: Autor

U analizi rezultata istraživanja vezanih za uzrok incidenta, utvrđeno je da najveći uzrok incidenta osnovna bolest, N=226 (42%), slijedi nepoznat uzrok incidenta N=78 (15%), nemir kao uzrok incidenta, N=20 (4%) agresija kao uzrok incidenta, N=56 (10%), zatim pad kao uzrok incidenta, N=36 (7%). Pod kategoriju „ostalo“ nije zabilježen niti jedan rezultat. Pod ostalo, utvrđeni su sljedeći uzroci: drugi korisnik ga bacio s kolica, nepažnja, epileptični napad, udarac, dezorijentacija, tremor, neadekvatna obuća, odvajanje od majke, bolest, korisnica stavlja predmete u usta, korisnik ima rizik za aspiraciju, opća slabost, gušenje hranom, spazmi, rizik za aspiraciju (hrana), samoizolacija, najvjerojatnije ozljeda nakon konflikta s D. F., gubitak ravnoteže, nestabilnost na nogama i drugo (grafikon 6.7.4).



Grafikon 6.7.5 Broj slučajeva dekulbitisa (Centar za rehabilitaciju Varaždin, Podružnica Pustodol)

Izvor: Autor

Brojčano stanje oboljelih od dekulbitusa za 2019. godinu (dostupni podaci) ukazuju na prosječan broj oboljelih od dekulbitusa N= 133 (30%). Istovremeno, utvrđeno je da je za svaki nastali dekulbitus odrađena mjera sprječavanja rizika te odrađena ocjena učinkovitosti mjera, N=132 (29%). Također, utvrđeno je da je došlo do pogoršanja stanja pojavnosti dekulbitusa kod ispodprosječnog broja korisnika Centra za rehabilitaciju, N= 60 (10%). Sve navedeno je prikazano u grafikonu 6.7.5.

		Uzročnik Infekcije			
		Frekvencija	%	Važeći %	Kumulativni %
Valid	Klebsiella pneum.	7	14.9	15.6	15.6
	Esc. colli	7	14.9	15.6	31.1
	Providendia stuartii	5	10.6	11.1	42.2
	MRSA	1	2.1	2.2	44.4
	Ostalo	25	53.2	55.6	100.0
	Ukupno	45	95.7	100.0	
Nedostajući		2	4.3		
ukupno		47	100.0		

Tablica 6.7.1 Učestalost pojavnosti infekcije

Izvor: Autor

Na temelju prikazanih podataka, utvrđeno je da je najučestaliji uzročnik infekcije pod kategorijom „ostalo“, a tu se spominje više uzročnika: Klebsiella pneum., ESBL, Providencia rettgeri, Proteus mirabilis, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii i drugi uzročnici, N=25 (53.2%), dok na drugom mjestu su Klebsiella pneum, N=7 (14,9%) i Esc.colli, N= 7(14,9%). Na trećem mjestu je uzročnik Providencia stuartii, N=5 (10,6). Najmanje zastupljen uzročnik je MRSA, N=1 (2,1%). Zaključuje se da postoji velik broj različitih uzročnika infekcija u Centru za rehabilitaciju Varaždin (tablica 6.7.2).

Materijali					
		Frekvencija	%	Važeći %	Kumulativni %
Važeći	Urinokultura	17	36.2	38.6	38.6
	Bris rane	6	12.8	13.6	52.3
	Aspirat traheje	5	10.6	11.4	63.6
	Sputum	1	2.1	2.3	65.9
	Ostalo	14	29.8	31.8	97.7
	Bris dekubitisa	1	2.1	2.3	100.0
	Ukupno	44	93.6	100.0	
Nedostajući		3	6.4		
Ukupno		47	100.0		

Tablica 6.7.3 Učestalost uzimanja materijala

Izvor: Autor

Na temelju BIS podataka, utvrđeno je da je najučestaliji materijal za utvrđivanje uzročnika infekcije urinokultura, N=17 (36,2%), dok na drugom mjestu je „pod ostalo“, N= 14 (29.8%) spadaju materijali za utvrđivanje uzročnika kao što su: Bris gastrostome, Bris ulcusa crurisa, Urinokultura (fiziološka flora). Treći najučestaliji materijal za utvrđivanje uzročnika je Aspirat traheje. N=5(10,6%). U nastavku, slijedi analiza strukture odjela za Centar za rehabilitaciju Varaždin, Podružnica Pustodol, Donja Stubica (Tablica 6.7.4).

Statistika						
		pokretan	nepokretan	kolica	pokretan uz pomoć	pelene
N	Važeći	60	60	60	60	60
	Nedostajući	0	0	0	0	0
M		1.78	1.52	1.55	1.88	1.35
SD		.415	.504	.502	.324	.481
Raspon		1	1	1	1	1
Min		1	1	1	1	1
Max		2	2	2	2	

Tablica 6.7.5 Struktura I odjela

Izvor: Autor

Na temelju podataka o strukturi korisnika I odjela prikazanih u Tablici 6.7.3 uočava se da je najveća srednja aritmetička sredina kod korisnika koji se kreću uz pomoć ($M=1,88$, $sd=0,324$), dok je najmanja aritmetička sredina kod korisnika koji imaju pelene ($M=1,35$, $sd=0,504$). Zaključuje se da strukturu I odjela čine korisnici koji su pokretni uz pomoć, dok ima najmanje korisnika koji trebaju pelene u noći.

Statistika						
		pokretan	nepokretan	kolica	pokretan uz pomoć	pelene
N	Važeći	58	58	58	58	58
	Nedostajući	0	0	0	0	0
M		1.57	1.60	1.60	1.86	1.40
SD		.500	.493	.493	.348	.620
Raspon		1	1	1	1	2
Min		1	1	1	1	1
Max		2	2	2	2	

Tablica 6.7.6 Struktura II odjela

Izvor: Autor

Na temelju podataka o strukturi korisnika II odjela prikazanih u tablici 6.7.4, uočava se najveća srednja aritmetička sredina povezana s korisnicima koji se kreću uz pomoć ($M=1,86$, $sd=0,348$), dok najmanju aritmetičku sredinu imaju korisnici koji imaju pelene ($M=1,40$, $sd=0,620$). Zaključuje se da strukturu II odjela čine korisnici koji su pokretni uz pomoć, dok ima najmanje korisnika kojima su potrebne pelene u noći. Osim toga, postoji određeni postotak korisnika koji nose pelene u noći, a isti se nalaze na II odjelu (6,9% korisnika).

Statistika						
		pokretan	nepokretan	kolica	pokretan uz pomoć	pelene
N	Važeći	62	62	62	62	62
	Nedostajući	1	1	1	1	1
M		1.55	1.61	1.60	1.89	1.44
SD		.502	.491	.495	.319	.500
Raspon		1	1	1	1	1
Min		1	1	1	1	1
Max		2	2	2	2	2

Tablica 6.7.7 Struktura III odjela

Izvor: Autor

Na temelju podataka o strukturi korisnika III odjela prikazanih u tablici 6.7.5, uočava se najveća srednja aritmetička sredina kod korisnika koji se kreću uz pomoć ($M=1,89$, $sd=0,319$), dok najmanju aritmetičku sredinu imaju korisnici koji imaju pelene ($M=1,44$, $sd=0,500$). Zaključuje se da strukturu III odjela čine korisnici koji su pokretni uz pomoć, dok ima najmanje korisnika koji nose pelene u noći.

		Statistika				
		pokretan	nepokretni	kolica	pokretan uz pomoć	pelene
N	Važeći	45	45	45	45	45
	Nedostajući	0	0	0	0	0
M		1.44	1.87	1.67	1.73	1.16
SD		.503	.344	.477	.447	.475
Raspon		1	1	1	1	2
Min		1	1	1	1	1
Max		2	2	2	2	

Tablica 6.7.8 Struktura IV odjela

Izvor: Autor

Na temelju podataka o strukturi korisnika IV odjela prikazanih u tablici 6.7.6, uočava se najveća srednja aritmetička sredina kod korisnika koji su nepokretni ($M=1,87$, $sd=0,477$), dok najmanju aritmetičku sredinu imaju korisnici koji imaju pelene ($M=1,16$, $sd=0,475$). Zaključuje se da strukturu IV odjela čine korisnici koji su nepokretni, dok najmanje ima korisnika koji nose pelene u noći. Utvrđen je postotak korisnika koji se nalaze u IV odjelu i koji nose pelene (4,4%).

		Statistika				
		pokretan	nepokretan	kolica	pokretan uz pomoć	pelene
N	Važeći	45	45	45	45	45
	Nedostajući	0	0	0	0	0
M		1.09	1.96	1.96	2.00	1.38
SD		.288	.208	.208	.000	.650
Raspon		1	1	1	0	2
Min		1	1	1	2	1
Max		2	2	2	2	3

Tablica 6.7.9 Struktura V odjela

Izvor: Autor

Na temelju podataka o strukturi korisnika V odjela prikazanih u tablici 6.7.7 uočava se da najveću srednju aritmetičku sredinu imaju oni korisnici koji su pokretni uz pomoć ($M=2,00$, $sd=0,000$), dok najmanju aritmetičku sredinu imaju korisnici koji su pokretni ($M=1,09$, $sd=0,228$). Zaključuje se da strukturu V odjela čine korisnici koji su pokretni uz pomoć, dok ima najmanje korisnika koji su pokretni.

Utvrđen je postotak korisnika koji se nalaze u IV odjelu i koji nose pelene (8,9%). Na temelju prikazanih podataka o strukturi korisnika po svim odjelima, utvrđeno je da najviše ima korisnika koji su pokretni uz pomoć, a najmanje ima korisnika koji nose pelene u noći. Stoga, djelatnici imaju vrlo zahtjevne radne zadatke u emocionalnom i fizičkom smislu. Slijedi analiza hospitalizacija za korisnike u razdoblju od 2019. godine do 2023. godine. Prema dostupnim podacima broj korisnika za hospitalizaciju bio je (N=247) u promatranom četverogodišnjem razdoblju.

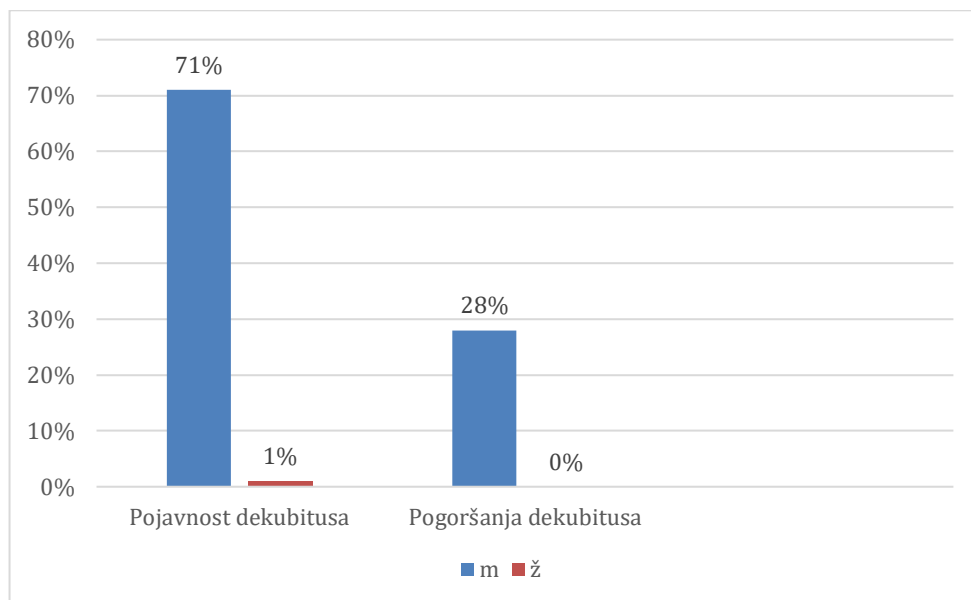
Redni broj	Incijali korisnika	Mjere sprječavanja	Ocjena učinkovitosti mjera
1	A. M. Spol: M	Na krevetu ima AD madrac. Ima dekubitus u lijevoj koljenoj jami 0,5x0,5 cm,III stupanj. Okolno tkivo uredno.Po viziti dr K. prevoj svaki 4 dan Atrauman Ag,permafoam obloga.	dekubitus saniran.
2	B. M Spol: M	Vraćen iz bolnice s oštećenjem kože na trtici Prevoj Aqacel ag foam oblogom svaki 4 dan. Potrebna promjena položaja u krevetu,hidracije, pojačana njega kože.	Dekubitus na trtici saniran.
3	B. B. Spol: M	Fresubine cr 2xdnevno.Ima anus praeter.	Dekubitus na trtici saniran
4	Č.A. Spol: Ž	Korisnica zbog zdravstvenog stanja boravi samo u krevetu u sobi. Ima uveden trajni urinarni kateter..	Pogoršanje dekubitusa na desnoj peti-
5	D.Ž. Spol: M	Na trtici je zadobio dekubitus II stupnja 2x0,5 cm.Okolno tkivo je blago crveno,rubovi rane crveni, sekrecija oskudna.prevoj svaki 4 dan Atrauman ag+Permafoam obloga,mjere sprečavanja nastanka novih dekubitusa,pojačana njega,promjena položaja.	Dekubitus na trtici saniran, granuflex extrathin stavljen preventivno
6	G. L. Spol: M	Prevoj dalje isti-Atrauman Ag+Sorbalgon te Permafoam obloga na desni bok svaki 4 dan, lijevi bok Atrauman Ag + Permafoam obloga svaki 4 dan. Korisnika kupati u pjenušavom Plivaseptu Na krevetu ima antidekubitalni madrac.	Produljenje terapije: Cetovit ispiranje rane otopinom od 5 mL plivasepta pjenušavog u 500 mL 0,9 %NaCl
7	K. N Spol: M	Smješten na V. odjelu, odjelu zatvorenog tipa.	Previjanje rane na ruci, u poboljšanju
8	K. S Spol: M	Korisnik ima dekubitus sakruma 3x1cm ,II stupanj. Previja se svaki 4. dan Atrauman ag. ,Hydroclean ,sterilna gaza. Na krevetu ima AD madrac.	Pogoršanje po povratku iz bolnice, dalje isti prevoj, pratiti
9	K. Ž. Spol: Ž	Ima odobren 3. stupanj ograničavanja	Dekubitus potkoljenice u poboljšanju
10	K.D. Spol: M	Na desnoj potkoljenici dekubitus 10x5 cm, III stupanj sa nekrozom te na trtici novonastali dekubitus 3x3cm,II stupanj. Previja se svaki 4 dan Atrauman Ag+Permafoam oblogom .U planu obrada kirurga.	Konzultacija Na potkoljenicu više ne stavljati Hydroclean plus. Stavljati Atrauman Silikon i sterilnu gazu
11	K.T. Spol: M	Ima AD madrac.Na drugom prstu desne noge prisutno oštećenje kože 0,5x0,5cm,I stupanj. Okolno tkivo je uredno ,rubovi rane crveni ,sekrecija mala. Prevoj svaki 4 dan Atrauman ag.	Dekubitus desne pete saniran
12	M.M. Spol: M	Hrani se na PEG. Povremeno agresivni ispadi(želi iščupati PEG).	Dekubitusi na l potkoljenici i desnom stopalu sanirani

13	D.P. Spol: Ž	Prisutan Ulcus cruris lijeve potkoljenice veličine 13x9 cm, I stupanj. Rubovi rane crveni, sekrecija jaka.08.01.2022. po nalazu brisa rane u th uveden antibiotik .Prevoj: svaki 4 dan Atrauman Ag ,Sorbalgon ,Permafoam obloga.	Dekubitus na lijevoj potkoljenici saniran, namazano nevenovom kremom
14	P.N. Spol: M	Korisnik smješten na I odjelu, potpuno ovisan o tuđoj pomoći, nalazi se u stanju vigilne kome, prehrana putem PEG-a.	Dekubitus 3. prsta desne noge saniran
15	P. N. Spol: M	Potpuno ovisan o pomoći druge osobe. Govor teško razumljiv. Nepokretan, inkontinentan, u inv kolicima. Jede usitnjenu prehranu- hrani se. Čsto prisutan jaki tremor cijelog tijela.	Hydroclean plus ex. Na ranu stavljati Atrauman Ag i Permafoam (čvrsto stisnuti prevoj)
16	Š. B. Spol: Ž	12.08.2022.Vraćena iz bolnice sa dekubitusom na lijevom laktu veličine 2x2cm,II stupanj,rubovi rane su crveni,sekrecija oskudna, prevoj	Dekubitus na lijevom tabanu saniran,
17	Š.D. Spol: M	Potpuno ovisan o tuđoj pomoći. Nepokretan, vrijeme provodi u krevetu. Govor nerazvijen, od rođenja slijep i gluh. Jede miksanu prehranu- hrani se.	Obavljen pregled plastičnog kirurga u OB Zabok, nema indikacije za kirurško liječenje, kir kontrola na indikaciju, dalje previjati kao do sada.
18	Š. M. Spol: Ž	Potpuno ovisna o tuđoj pomoći. Pokretna uz pomoć druge osobe. Pričljiva. Samostalno jede obroke.	Pogoršanje dekubitusa
19	T. Š. Spol: Ž	Po povratku sa hospitalizacije iz OB Zabok prisutan dekubitus na lijevoj peti veličine 2x2cm,II stupanj,Okolno	Otpust iz OB Zabok, - DEKUBITUS; desna peta 1x1cm- Granuflex extrathin, desni bok 6x7cm- Aquacel ag i Permafoam obloga, lijevi bok- nekroza,6x3cm, Granugel, Aquacel ag i permagoam obloga, trtica- 8x9cm, fibrinske naslage- granugel i ostalo..
20	V. D. Spol: M	Odobrena fiksacija pojasom oko struka za vrijeme boravka u kolic.i krevetu zbog autoagresivnosti i ps.nemira	Izolirana Pseudomonas aeruginosa, Providencia stuartii ESBL OXA48, na ranu se stavlja Solbargon, Atrauman, Permofoam, 1.8.2023. bila predstavnic Hartman. Dekubitus obiju koljenskih jama. dubina- srednje duboka, sekrecija-srednja. Prevoj: F.0. +Atrauman AG+Sorbalgon+PermaFoam
21	V. A Spol: M	Zbog narušenog zdr stanja potrebna pomoć druge osobe, teško pokretan, u inv kolicima. Ima cistostomu.	Oštećenje kože 1,5x1,5cm,2 stupanj,leđa prevoj Atrauman Ag i Peramfoam obloga
22	Z.Z. Spol:Ž	Potpuno ovisna o tuđoj pomoći. Govor nerazvijen. Nepokretna, inkontinentna, boravi u inv kolicima. Jede miksanu prehranu- hrani se.	Dekubitusi na lijevom boku i lijevom koljenu sanirani.

Tablica 6.7.10 Opis slučajeva dekubitusa

Izvor: Autor

Tablica 6.7.10 pružila je konkretan i detaljan opis slučajeva dekubitusa u Centru za rehabilitaciju Varaždin. Kod većine korisnika, a na temelju detaljno opisanih podataka, utvrđen je postotak pojavnosti dekubitusa, zatim utvrđena je pojavnost dekubitusa među muškim i ženskim pacijentima te postotak pogoršanja među pacijentima za obje spolne skupine.



Grafikon 6.7.6 Pojavnost dekubitusa

Izvor: Autor

Na temelju izračuna iz grafikona 6.7.6 o pojavnosti dekubitusa između obje skupine, utvrđeno je veći broj slučajeva kod osoba muškog spola u odnosu na osobe ženskog spola. Također, utvrđen je veći broj slučajeva pogoršanja kod osoba muškog spola, N= 383 (71%) u odnosu na osobe ženskog spola N=2 (1%). Na temelju dobivenih rezultata istraživanja potvrđena je prva hipoteza (H1 Učestalost pojave dekubitusa je veći kod pacijenata muškog spola u odnosu na ženski spol te su značajno veća pogoršanja zdravstvenog stanja kod pacijenata muškog spola u odnosu na ženski spol).

Slijedi analiza druge postavljene hipoteze u sklopu istraživanja (H2 Učestalost pojave infekcije uzročnikom *Klebsiella pneumonia* ravnomjerno se razvija kod oba spola).

	N	Aritmetička sredina	SD	Standardna greška aritmetičke sredine
Muški spol	49	.57	.500	.071
Ženski spol	49	.86	1.000	.143
Klebsiella pneumonia	49	.92	1.681	.240

Tablica 6.7.11 Učestalost pojave infekcije uzročnikom Klebsiella pneumonia u odnosu na spol ispitanika

Izvor: Autor

	Test Value = 0					
	t	Stupanj slobode	Statistička značajnost (2-stranost)	Razlika a.s.	95% Razlika u intervalu pouzdanosti	
					Donja granica	Gornja granica
Muški spol	8.000	48	.000	.571	.43	.72
Ženski spol	6.000	48	.000	.857	.57	1.14
Klebsiella pneumonia	3.824	48	.000	.918	.44	1.40

Tablica 6.7.12 Učestalost pojave infekcije uzročnikom Klebsiella pneumonia u odnosu na spol ispitanika (hi-kvadrat test)

Izvor: Autor

Na temelju tablica 6.7.9 i 6.7.10, uviđa se da učestalost pojave infekcije uzročnikom *Klebsiella pneumonia* nije ravnomjerno se razvijeno kod oba spola, odnosno pojava infekcije više je razvijena kod ispitanika ženskog spola ($M=0,057, sd=0,500$) u odnosu na ispitanike muškog spola ($M=0,086, sd=1,000$). Također rezultati istraživanja uz pomoć hi-kvadrata, ukazuju da je infekcija *Klebsiella pneumonia* više razvijena kod ispitanika ženskog spola (0,857) u odnosu na ispitanike (0,571). Time se dokazuje da druga hipoteza nije potvrđena što je prikazano u tablici 6.7. 5.

Test Value = 0						
	t	Stupanj slobode	Statistička značajnost (2-tailed)	Razlika a.s.	95% Razlika u intervalu pouzdanosti	
					Donja granica	Gornja granica
Dob	40.938	534	.000	4.800	4.57	5.03
Broj padova	9.151	538	.000	.184	.14	.2

Tablica 6.7.6 Učestalost broja padova i dobi

Izvor: Autor

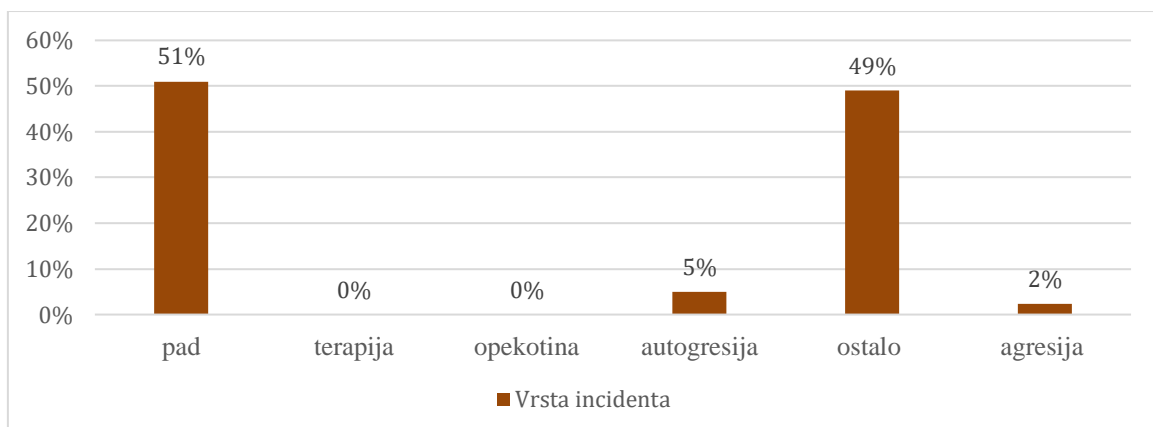
			Dob	Broj padova
Kendall's tau_b	Dob	Correlation Coefficient	1.000	.266**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	535	535
	Broj padova	Correlation Coefficient	.266**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	535	539

** . Korelacija je značajna na 0.01 razini (2-tailed)

Tablica 6.7.7 Učestalost broja padova i dobi (bivarijantna korelacija)

Izvor: Autor

Na temelju tablica 6.7.11 i 6.7.12, uviđa se da učestalost padova ($t=9,151$) raste s dobi pacijenta ($t=40,938$). Također, rezultati istraživanja uz pomoć bivarijantne korelacije ukazuju na to da broj padova ($p=0,266$) raste s dobi pacijenata ($p=0,535$). Time je treća hipoteza potvrđena.



Grafikon 6.7. 6 Učestalost agresivnih ponašanja u odnosu na autoagresivna ponašanja

Izvor: Autor

Rezultati istraživanja vezani za vrstu incidenta (uvedene su četiri kategorije: pad, terapija, opekotine, agresija, autoagresija i ostalo) ukazali su na to da je pad najučestalija vrsta incidenta kod pacijenata, N= 286 (51%). Na drugom mjestu, odnosno druga najučestalija vrsta incidenta je kategorija „ostalo“, N= 266 (49%). Pod ostalo spada: strano tijelo u usnoj šupljini, oguljotine kože na glavi, pojačana salivacija, nesuradljivost, nasrtljivost, aspiracija hrane – gušenje, fizičko gušenje rukama, pljuskanje i lupanje šakama o glavu, krade hranu ostalim korisnicima, fizički konflikt, nemir, udaranje glavom po krevetu, izazivanje ostalih korisnika, verbalna neugodnost (grafikon 6.7. 7).

Na trećem mjestu je autoagresija N= 29 (5%). Na četvrtom mjestu je agresija (2%). Na temelju prethodne rečenice, utvrđuje se je četvrta hipoteza (H4 Učestalost broja agresivnih ponašanja značajno je manji u odnosu na autoagresivna ponašanja) pozitivno potvrđena. Pojedinačno su utvrđene vrste incidenata. To su: ugriz, nasrtljivost, fizički konflikt, agresija prema ostalim korisnicima, ugriz korisnice za podlakticu, psihomotorni nemir, udaranje glavom po krevetu, trganje pelene, aspiracija hrane, nesuradljivost, pljuskanje i lupanje šakama o glavu, hematoma, oguljotine kože na glavi, fizičko gušenje rukama, pojačana salivacija, sukob, udarac, strano tijelo u usnoj šupljini i drugo.

7. Rasprava

Cilj istraživanja bio je utvrditi sigurnost korisnika u ustanovi socijalne skrbi. Analizirao se broj padova, agresivnog i autoagresivnog ponašanja, pojava infekcije, dekubitusa te broj umrlih u periodu od jedne godine na 539 korisnika.

S obzirom na prvu postavljenu hipotezu (H1: Učestalost pojave dekubitusa je veća kod pacijenata muškog spola u odnosu na pacijente ženskog spola te su značajno veća pogoršanja zdravstvenog stanja kod pacijenata muškog spola u odnosu na ženski spol) utvrdilo se da je pozitivna jer su BIS podaci (tablica 6.7.10, i grafikon 6.7.1) potvrdili da je veći broj slučajeva dekubitusa kod muških osoba. U svrhu usporedbe dobivenog rezultata istraživanja navodi se rad autora Lichterfelde-Kortner i suradnika (2020) u kojem je, uz iznimno visok uzorak ispitanika, utvrđena veća pojavnost dekubitusa kod osoba muškog spola u odnosu na ženski spol, odnosno udio institucionalno stečenih dekubitusa bio je veći za muškarce u bolnicama [61].

S obzirom na drugu postavljenu hipotezu (H2: Učestalost uzročnika infekcije *Klebsiella pneumonia* ravnomjerno se razvija kod muških i ženskih pacijenata), može se tvrditi da učestalost pojave infekcije uzročnikom *Klebsiella pneumonia* nije ravnomjerno razvijeno kod oba spola, odnosno pojava infekcije više je razvijena kod ispitanika ženskog spola u odnosu na ispitanike muškog spola (tablica 6.7.10 i 6.7.11).

Vezano za ovaj rezultat istraživanja, utvrđeno je da ima podudarnosti s dobivenim rezultatom istraživanja Boonstra i suradnika (2020), čak u daleko većem broju pacijenata oboljelih od *Klebsiella pneumonia*. Autori su izvijestili o izbijanju *Klebsiella pneumoniae* (ESBL-K. pneumoniae) koja proizvodi beta-laktamazu proširenog spektra (ESBL) na jednom odjelu u rehabilitacijskom centru u Rotterdamu, Nizozemska [62].

S obzirom na treću postavljenu hipotezu (H3: Učestalost padova raste s dobi pacijenata) i dobivene rezultate istraživanja iz tablica 6.7.12 i 6.7.13, uviđa se da učestalost padova raste s dobi pacijenta. Time je treća hipoteza potvrđena. U prilog tomu idu istraživanja autora Watkinsona i suradnika. Padovi predstavljaju najčešći incident koja se događa pacijentima u bolnici, osobito onima koji su u Centru za rehabilitaciju te raste s dobi pacijenata. Analizirane su vrste, uzroci i posljedice padova pacijenata u odnosu na dob pacijenata i osnovno stanje. Utvrđeno je 386 incidenta koje su dogodile u razdoblju od 5 mjeseci te da učestalost raste s dobi [63].

S obzirom na četvrtu postavljenu hipotezu (H4: Učestalost broja agresivnih ponašanja značajno je manji u odnosu na autoagresivna ponašanja) može se tvrditi da hipoteza potvrđena sukladno

dostupnim podacima Centra za rehabilitaciju Varaždin. Utvrđeno je da postotak autoagresivnih ponašanja veći (5%) u odnosu na agresivna ponašanja (2%). Slična istraživanja pronađena su na PubMedu. Pokazalo se da agresivni incidenti (AI) predstavljaju ozbiljan problem u zdravstvenoj skrbi i mogu imati negativne učinke na fizičko i emocionalno zdravlje osoblja. Jedno od istraživanja imalo je za cilj utvrditi učestalost, karakteristike i čimbenike rizika za agresivno ponašanje. Rezultati: 14/105 (13%) bolesnika. Najčešće se AI javljala ponedjeljkom i to 98% uključivalo je fizičku, 22% verbalnu agresiju. Najčešća meta (43%) bile su medicinske sestre, a zatim terapeuti (31,6%). Značajni čimbenici rizika za AI bili su: prethodno agresivno ponašanje ($p = 0,038$), niži kognitivni rezultati [64].

Dodatna istraživanja o padu među starijom populacijom ukazuju na učestalost u institucijskim prostorima. Padovi mogu dovesti do laganih ili težih ozljeda, a iste postaju ozbiljni zdravstveni problem tijekom boravka s obzirom da su uvjeti boravka različiti u odnosu na boravak kod kuće [65]. Prospektivno istraživanje autora Schwendimanna (1988) ukazalo je na određene zanimljivosti. Autor je ciljano napravio evaluaciju incidencije padova pacijenata u javnoj bolnici (300 kreveta) u gradu Zurich. Zabilježena su 372 pada tijekom 12-mjesečnog razdoblja evaluacije od 1996. do 1997. (6,7 pada na 1000 bolesničkih dana) u 9 odjela sa 184 kreveta za pacijente kojima je bila potrebna i akutna njega i/ili dugotrajna gerijatrijska rehabilitacija. 207 (56%) padova ostalo je bez vidljivih posljedica, 6 (1,6%) pacijenata imalo je teške (prijelom), a 89 (24%) lakše ozljede (kontuzije, abrazije, razderotine). Većina padova (286) dogodila se bez nadzora u bolesničkim sobama, 162 (44%) pacijenata je utvrđeno dezorijentirano, a samo 60 (16%) je bilo u stanju samostalno se kretati (bez korištenja uređaja ili osobne pomoći). Gotovo 50% (182) padova dogodilo se unutar deset dana nakon prijema. Uprava bolnice preporučila je korištenje službenog izvješća o incidentima (protokol o padu) za sve jedinice od siječnja 1998. U pripremi je razvoj programa za prevenciju padova za cijelu bolnicu [65]. Ovo istraživanje može se povezati s prethodno opisanim slučajem u britanskoj bolnici Royal Care gdje se ustanovilo da je kod većine recepata nedostajalo važnih informacija o pacijentu ili lijeku. I krenulo se u prijedlog primjene strukturiranog obrasca za naručivanje lijekova koji može poboljšati i spriječiti neodgovarajuću ili pogrešnu upotrebu lijekova [34].

Druga slična studija je istraživanje autora Healey i suradnika (2008) u kojem se ukazalo na to da su padovi u bolničkim uvjetima učestala pojava, s otkrivenim postotkom od 3 do 14% na 1,000 kreveta dnevno.

Padovi kod pacijenata dovode do fizičke i psihičke štete i često su povezani s lošom rehabilitacijom, produženim boravkom u bolnici i povećanjem troškova. Sve to skupa dovodi do

žalbi i negodovanja. Inače, Nacionalni Sustav za Izvješćivanje i Informiranje (engl. A National Reporting and Learning System (NRLS)) služi za utvrđivanje ispitivanje učestalosti padova u bolnici, posebno na hitnom prijemu, u Centru za rehabilitaciju i Odjelu za mentalne bolesti, uključujući pri tome dob, spol pacijenata koji su pali. Cilj prikupljanja tih podataka jeste dobivanje smjernica za kreiranje strategija prevencije padova u bolničkim uvjetima [66].

Rezultati istraživanja autora Healey i suradnika (2008) pokazali da su padovi činili 32,3% svih prijavljenih sigurnosnih incidenata pacijenata. 152 069 (73,7%) prijava bilo je iz hitnog prijema, 28 198 (13,7%) iz javnih bolnica, a 26 083 (12,6%) iz odjela za mentalno zdravlje. 133 417 padova (64,7%) rezultiralo je "bez ozljeda", 64 144 (31,1%) s "malom ozljedom", 7506 (3,6%) s "umjerenom ozljedom" i 1230 (0,6%) s "teškom ozljedom", s 26 prijavljenih smrtnih slučajeva. Udjeli padova koji su rezultirali određenim stupnjem ozljede značajno su varirali u ustanovama za skrb: jedinice za mentalno zdravlje (44,5%; 95% CI 43,9 do 45,1), javne bolnice (37,0%; 95% CI 36,4 do 37,6) i hitni prijem (33,4 %; 95% CI 33,2 do 33,7). Ovi rezultati istraživanja mogu se usporediti s dobivenim rezultatima ovog istraživanja gdje je utvrđeno da je najučestalije mjesto pada hodnik što čini iznadprosječan postotak ispitanika (59%), Slijedi mjesto incidenta- bolnička soba (28%), zatim kupaonica (8%) i 4% čini mjesto incidenta za koje je utvrđena kategorija „ostalo“ [67]. Prema tome, rezultati istraživanja Healey i suradnika (2008) djelomično se poklapaju s rezultatima istraživanja iz ovog rada, jer je utvrđeno da je pad najučestalija vrsta incidenta kod pacijenata (51%).

Dodatna istraživanja o mjestu pada uključuje istraživanje autora Schwendimanna i suradnika (2008). Tijekom petogodišnjeg razdoblja istraživanja, hospitalizirano je 34 972 pacijenta (53,6% žena; srednja dob 67,3 +/- 19,3 godine; prosječno trajanje boravka 11,9 +/- 13,2 dana), uključujući 2 512 pacijenata (7,5%) koji su doživjeli barem jedan pad tijekom njihove hospitalizacije (gerijatrija 24,8%; interna medicina 8,8%; kirurgija 1,9%). Stope pada na 1000 bolesničkih (prilagođeno za dob) dana značajno su se razlikovale između svih odjela (gerijatrija 10,7; interna medicina 9,6; kirurgija: 3,2) ($p < 0,001$). Sveukupno, 30,1% pacijenata koji su pali zadobilo je lakše ozljede, a 5,1% teže ozljede. Prema tome, rezultati istraživanja Schwendimanna i suradnika (2008) djelomično se poklapaju s rezultatima provedenog istraživanja jer je utvrđeno da je najveći uzrok incidenta osnovna bolest (42%), i jer se incident pada dogodio pacijentima koji su bili u bolnici duže vrijeme radi osnovne bolesti [68].

Istraživanje autora Dykesa i suradnika (2009) pomaže u kreiranju strategija smjernica za sigurnost pacijenata gdje sami autori upozoravaju na akutnost problema padova pacijenata unatoč

tehnologiji visoke razine. Rezultati njihova istraživanja pokazali su da postoje pozitivne i negativne komponente 6 koncepata - izvješće pacijenta, pristup informacijama, znakovi, okruženje, timski rad i uključivanje pacijenta/obitelji - formirale su se 2 ključne kategorije: znanje/komunikacija i sposobnost/radnje koje olakšavaju ili prepreku sprječavanju padova. Ovo su jako bitne informacije i iste se mogu uvrstiti u strategije smjernica za smanjenje broja padova u bolničkim uvjetima [68].

O samoj ozbiljnosti problematike pada pacijenta govori suvremeno istraživanje autora Ghosh i suradnika (2022.) koji je u svom istraživanju prijavio 3705 slučajeva padova s prosječnom dobi pacijenata $68,5 \pm 17,0$ godina, s 40,2% osobe ženskog spola. Rizik pada s višom razinom težine povećava se s dobi bolesnika iznad 50 godina. Žene su imale 15,1% veću vjerojatnost pada pri višoj razini težine u usporedbi s mlađim ženama. Padovi koji su se dogodili tijekom aktivnosti toaleta i tuširanja te incidenti u zajedničkom prostoru imali su 14,5% i 26% veću vjerojatnost da će se dogoditi uz naznaku da će to biti ozbiljna ozljeda. Slično tome, depresija (167%), utjecaj alkohola ili opojnih sredstava (više od 30%), uporaba lijekova (86%) i slabe kosti (75%) značajno su povećali izgleda za pad uz naznaku da će to biti ozbiljna ozljeda. Identifikacija temeljnih čimbenika rizika povezanih s težinom pada pruža informacije koje mogu usmjeriti medicinske sestre i kliničare da osmisle i provedu učinkovite intervencijske strategije koje smanjuju rizik od ozbiljnih ozljeda pri padu[69].

Rezultati sugeriraju da bi strategije prevencije padova trebale biti usmjerene na pacijente s ovim čimbenicima rizika kako bi se izbjegla ozbiljnost padova. Istraživanja autora Ghosh se djelomično poklapa s rezultatima provedenog istraživanja jer je utvrđeno da dob značajno utječe na vrstu i ozbiljnost pada. Pri tome, utvrđen je jedan manjak veza za istraživanje u ovom radu. Nije istražena povezanost tjelesne težine i pada pacijenata kao što je to učinio autor Gosh (retrospektivna kohortna analiza pada pacijenta unutar CIMS sustava) [69].

Rezultati povećanja postotka padova osoba s većom težinom uz povećanje dobi u skladu su s drugim studijama koje su pokazale da što je pacijent stariji, to su veći izgledi za pad. U ovoj studiji spol je bio značajan čimbenik rizika, gdje su žene imale 15,1% veću vjerojatnost da će pasti i ozlijediti se [69].

U Ghosnovoj studiji primijećeno je da su padovi koji su se dogodili tijekom toaleta i tuširanja imali 14,5% veću vjerojatnost da će rezultirati većom razinom ozbiljnosti pada u usporedbi s pokušajem

sjedenja, stajanja ili pružanja ruke [70]. Ovaj drugi rezultat poklapa se s rezultatom istraživanja iz rada.

Zaključuje se da je iznimno važno kreirati dobre i kvalitetne strategije za sigurnost pacijenata, posebno kada su u pitanju padovi, jer postaju iznimno ozbiljan i učestali problem među pacijentima starije dobi, a time predstavljaju i ugrozu za njihovo zdravlje.

8. Zaključak

Sigurnost pacijenata ima značajnu ulogu u stvaranju povoljnih ili nepovoljnih dojmova o pojedincu i organizaciji i odnosi se na razmjenu informacija, ideja, osjećaja, verbalnim i neverbalnim putem. Ključno polazište Centra za rehabilitaciju, Podružnice Pustodol, u Donjoj Stubici te iz drugih dostupnih podataka je dobrobit pacijenata, a isto je utkano u njihovom Etičkom Kodeksu. Poštuje se sigurnost, ugodan boravak, zaštita zdravlja i prikladno okruženje korisnika. Pokazatelji sigurnosti pacijenata jesu alati za mjerenje neželjenih događaja koji se mogu pojaviti i spriječiti tijekom pružanja zdravstvene skrbi. Proces očuvanja sigurnosti pacijenata uključuje pridržavanje postupaka pravilne primjene lijekova, održavanja higijenskih standarda po svim prostorijama. održavanje visoke razine sigurnosti za korisnike ustanove, interdiciplinarnost. Boravak u ustanovama za socijalnu skrb podrazumijeva provođenje intervencija u svrhu smanjenja na najmanju moguću mjeru pojavnosti dekubitusa, ali i padova osobito kod pacijenata starije dobi. Istraživanje provedeno u radu uključivalo je ukupno 539 ispitanika. Najzastupljenija dobna skupina u ovom istraživanju bila je dobna skupina od 27 godina života do 30 godina života. Najučestalije mjesto incidenta bio je hodnik ustanove pri čemu su rezultati istraživanja pokazali iznadprosječan postotak ispitanika koji su doživjeli mjesto incidenta na hodniku. Pad je najučestalija vrsta incidenta kod pacijenata.

Glede brojčanog stanja oboljelih od dekubitusa za 2019. i 2020. godinu ukazuju na prosječan broj oboljelih od dekubitusa Istovremeno, utvrđeno je da su prethodno prije pojave nastalih dekubitusa bile provedene mjere sprječavanja rizika te odrađena ocjena učinkovitosti provedenih mjera. Također, utvrđeno je da je došlo do pogoršanja stanja pojavnosti dekubitusa kod liječenih korisnika Centra za rehabilitaciju. Dekubitus se više javlja kod muških osoba, a manje kod ženskih osoba. Utvrđeno je da najveći uzrok incidenta osnovna bolest. Također, u promatranom razdoblju, utvrđeni je porast broja umrlih, što se ponajviše povezuje s COVID-19 pandemijom.

Unutar ustanove za socijalnu skrb, razvija se veći broj uzročnika infekcija poput *Klebsiella pneum.*, *ESBL*, *Providencia rettgeri*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* i drugi uzročnici. To upućuje na potrebu povećanja protokola za provedbu higijenskih mjera unutar ustanove.

Kako bi se proces osiguranja sigurnosti pacijenata odvijao neometano potrebno je omogućiti djelatnicima kontinuirane edukacije o sigurnosti pacijenata. Dobiveni rezultati istraživanja pružili su poučne informacije te treba nastaviti u smjeru osnaživanja magistra sestrinstva i medicinskih sestara u procesu stjecanja znanja koje doprinosi visokoj razini sigurnosti pacijenata.

9. Literatura

[1] M. Mejovšek. Uvod u metode znanstvenog istraživanja u društvenim i humanističkim znanostima. Jastrebarsko. Naklada Slap. 2013.

[2] M. Marušić *Uvod u znanstveni rad u medicini*. Medicinska naklada: Zagreb.2019.

[3] H. Štrucej. Osnove metodologije znanstveno-istraživačkog rada. Udžbenik za studente prediplomskih stručnih znanstvenih studija. FZSRI. Medicinska naklada. Sveučilište u Rijeci.2020

[4] Shaughnessy J.J. Zechmeister B.B. Zechmeister B.J. *Research methods in Psychology*. USA: McGraw Hill Company. 2012.

[5] M. Žugaj, K., Dumičić, V. Dušak, *Temelji znanstvenoistraživačkog rada: metodologija i metodika. 2. dopunjeno i izmijenjeno izdanje*. Varaždin: Sveučilište u Zagrebu, Fakultet organizacije i informatike. 2006.

[6] R. Zelenika. *Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela*. Rijeka: Ekonomski fakultet. 2000

[7] J. Horvat , J. Mijoč. *Istraživački SpaSS*. Naklada Ljevak. 2019

[8] I. Šošić . *Primijenjena statistika*. ŠK. Zagreb. 2014.

[9] NN 121/03, 117/08, 57/11 Zakon o sestrinstvu <https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu>

[10] J. Vukosav K. Šiljeg D. Kovačević. *Komuniciranje u zdravstvu (zbirka nastavnih tekstova)*. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku. 2016

[11] D. Lučanin i J. Despot Lučanin, *Komunikacijske vještine u zdravstvu*, Zagreb: Naklada Slap, 2010.

[12] H. Skoko. *Upravljanje kvalitetom*.Sinergija.Zagreb.2000

[13]D. Barjaktarović. *Upravljanje kvalitetom u hotelijerstvu*. Univerzitet Singidunum. 2013.

[14] P.H. Crosby, Kvaliteta je besplatno, *Privredni vjesnik*, Zagreb, 1989., str. 2

[15] R. G. Schroeder *Upravljanje proizvodnjom. Odlučivanje o funkciji proizvodnje*, četvrto izdanje (prijevod). MATE. ZAGRE, 1990.

[16] S. Petar. *Uvod u upravljanje kvalitetom*. Nading d.o.o. Zagreb. 1996.

[17] Z. Knežević, "Osiguranje kvalitete u analitičkom laboratoriju (Quality Assurance in Analytical laboratory)", *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*, vol.3, br. 10, str. 0-0, 2007. [Online]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/298265>. [Citirano: 02.10.2023.]

[18] Gradski ured za zdravstvo, rad, socijalnu zaštitu i branitelje. Vodič za starije građane. Grad Zagreb. 2013.

[19] Zakon o socijalnoj zaštiti. Narodne novine (NN 18/22, 46/22 i 119/22)

[20] NN 31/2023 Pravilnik o standardima kvalitete socijalnih usluga

[21] Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike Izvješće o prethodnom vrednovanje Nacrta prijedloga Nac. plana razvoja soc. usluga 2021.- 2027. Zagreb. 2021.

[22] Europska Komisija. Study on social services with particular focus on personal targeted social services for people in vulnerable situations. Final Report. VVA, Panteia, Oxford Research, Erudio, IKEI March. 2022

[23] Europska Komisija. 2022. Employment, Social Affairs & Inclusion. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1169&langId=en>

[24] Europska Komisija. Zdravstvo i socijalna sigurnost. Dostupno na: https://www.what-europe-does-for-me.eu/data/pdf/focus/focus09_hr.pdf. 2022.

[25]. WHO. Patient safety. Dostupno na: https://www.who.int/europe/health-topics/patient-safety#tab=tab_1. 2023

[26].WHO: 2023. Open consultation on upcoming regional report on quality of care and patient safety. Dostupno na: <https://www.who.int/europe/news/item/21-09-2023-open-consultation-on-upcoming-regional-report-on-quality-of-care-and-patient-safety>. 2023.

[27] S. Čubelić i J. Mesarić, Primjena međunarodnog akreditacijskog standarda – sustav sigurnosti pacijenta u Općoj bolnici Gospić, *Zbornik sveučilišta Libertas*, vol.7, br. 7, str. 67-78, 2022. [Online]. <https://doi.org/10.46672/zsl.7.7.5>

[28] Međunarodna Organizacija za Standardizaciju (ISO), (2018). „Norma ISO 31000:2018 – sustav upravljanja rizicima“, Ženeva, Švicarska, [Internet] (dostupno na <https://www.svijetkvalitete.com/index.php/normizacija/4106-upravljanje-rizicima-prema-hrn-iso-31000-2018> pristupljeno 10.09.2023.)

[29] US Agency for Healthcare Research and Quality, Department of Health and of Human Services, *Patient Safety 101, Falls*, 2019 [Internet] (available at: <https://psnet.ahrq.gov/primer/falls> accessed 09/09/2023)

[30] M. Karić, A. Božanić i A. Starc, "Uspostavljanje sustava za sigurnost pacijenata", *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, vol.7, br. 1, str. 87-92, 2021. [Online]. <https://doi.org/10.24141/1/7/1/8>

[31] Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravlja: Nacrt – Nacionalni program za sigurnost pacijenata 2019. – 2023. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/savjetovanje-sa-zainteresiranom-javnoscu-1475/otvorena-savjetovanja/nacrt-prijedloga-nacionalnog-programa-za-sigurnost-pacijenata-2019-2023/3576> (11.9.2023.)

[32] Etički Kodeks Centra za Rehabilitaciju Varaždin

[33] Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravlja: Nacrt – Nacionalni program za sigurnost pacijenata 2019. – 2023. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/>

savjetovanje-sa-zainteresiranom-javnoscu-1475/otvorena-savjetovanja/nacrt-prijedloga-nacionalnog-programa-za-sigurnost-pacijenata-2019-2023/3576 (11.9.2023.)

[34] <https://youtu.be/ALXROv7ryck> (pristupljeno 11.2.2020.).

[35] Abdalrahman IB, Elwidaa SHA, Elgenaid SN, Suliman ET, Osman AM, Abbas NMA, Banani YA, Mohamed T, Mohamed AAMA, Mustafa HO, Alkurdi TOHA, Elias M, Zeinelabdin MA. Medication Safety, Assessment of Adequacy of Prescription in Royal Care International Hospital, IOSR Journal of Dental and Medical Sciences. 2019; 18 (10) 8, 66–71

[36] Vozikis A. Information management of medical errors in Greece: The MERIS proposal: International Journal of Information Management. 2009; 29, 15–26

[37] Ammouri AA, Tailakh AK, Muliira JK, Geethakrishnan RA, Kindi SN. Patient safety culture among nurses: International Nursing Review, International Council of Nurses, 2014

[38] Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove. NN 92/2019

[39] HKMS. Etički kodeks medicinskih sestara

[40] Etički kodeks ustanove

[41] Bagović K. U središtu prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite. IUS Info Portal. Dostupno na: <https://www.iusinfo.hr/aktualno/u-sredistu/prava-pacijenata-prilikom-koristenja-zdravstvene-zastite-7103>

[42] OB Abdulah Nakaš. Dostupno na: <https://obs.ba/index.php/375-pravilna-i-sigurna-upotreba-lijeka>

[43] (NN 40/2014) Pravilnik o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga

[44] J. Hančević i suradnici. *Prevenција, detekcija i liječenje dekubitisa*. Naklada Slap. Zagreb. 2009

[45] V. Belas Horvat i M. Kos, Dekubitus kao glavni indikator kvalitete zdravstvene njege na neurološkom odjelu, *Acta medica Croatica*, vol.70, br. Supplement 1, str. 17-23, 2016. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/167867>. [Citirano: 04.10.2023.]

[46] Z. Moore Risk factors in the development of pressure ulcers. *Acta Med Croatica* 2008; 62(Suppl.2): 9-15.

[47] M. Banić, D. Kardum, L. Petričušić, M. Urek-Crnčević, S. Pleško, M. Kujundžić – Značenje prehrane bolesnika s dekubitusom, *Acta Medica Croatica*. 2008; 62(supl.2) 85- 96

[48] Z. Moore, P. Avsar, L. Conaty, DH, Moore D. Patton D, T. O'Connor . The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data tell us: a systematic review. *J Wound Care*. 2019 Nov 2;28(11):710-719.

[49]. A. Gajić. Algoritam prevencije i liječenja dekubitusa. *Acta Med Croatica*, 68 (Supl. 1) (2014) 109-116

[50]. HZJZ. Prevencija padova. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/prevencija-padova/>

[51]. JA, Haagsma BF Olij, M Majdan, et al. Falls in older aged adults in 22 European countries: incidence, mortality and burden of disease from 1990 to 2017. *Injury Prevention* 2020.

[52]. D. Grgurević, V. Jezl i K. Vitale, Uloga medicinske sestre u procjeni rizika od pada u kardiološkog bolesnika, *Sigurnost*, vol.63, br. 1, str. 27-35, 2021.

[53] WHO. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Dostupno na: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>. 2014.

[54] S. Čukljek, Osnove zdravstvene njege - Priručnik za studij sestrinstva, Zagreb: Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, 2005.

[55] N.N. 121/03, 117/08, 57/1. *Zakon o sestrinstvu* NN. Zagreb.2013, 2008 , 2011

[56] EU. 2019. European Commission – Health care. Dostupno na: https://ec.europa.eu/info/aid-development-cooperation-fundamental-rights/your-rights-eu/know-your-rights/solidarity/health-care_en:

[57] OECD. 2019. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). <https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-graph13-en>

[58] H. Gedamu, T. Abate, E. Ayalew, A.Tegenaw M. Birhanu, Y.Tafere. Level of nurses' knowledge on pressure ulcer prevention: A systematic review and meta-analysis study in Ethiopia. *Heliyon*. 2021;7(7).

[59] S. Šepec. Kompetencije medicinske sestre . Alfacommerce d.o.o. HKMS. 2011.

[60] A. Tkalec Verčić, D. Sinčić Čorić i N. Pološki Vokić, Priručnik za metodologiju istraživačkog rada, Zagreb: M.E.P, 2010.

[61] A. Lichterfeld-Kottner, N. Lahmann, J. Kottner. Sex-specific differences in prevention and treatment of institutional-acquired pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *J Tissue Viability*. 2020 Aug;29(3):204-210.

[62] MB Boonstra, DCM Spijkerman, AFVoor In 't Hol, LGM van der Laan RJ, Bode , van W. Vianen, CHW, Klaassen, MC Vos JA Severin JA. An outbreak of ST307 extended-spectrum beta-lactamase (ESBL)-producing *Klebsiella pneumoniae* in a rehabilitation center: An unusual source and route of transmission. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020 Jan;41(1):31-36.

[63] JS Watkins, P. Robson The hazards of rehabilitation. *Ann R Coll Surg Engl*. 1981 Nov;63(6):386-9.

[64] SBB Meier, Y, Uenver A, Stooss A Meyer-Heim. Frequency, Characteristics and Risk Factors of Aggressive Incidents in a Paediatric Rehabilitation Setting: *A Prospective Survey*. *Dev Neurorehabil*. 2020 Jan;23(1):9-17.

[65] R. Schwendimann. Häufigkeit und Umstände von Sturzereignissen im Akutspital: Eine Pilotstudie [Frequency and circumstances of falls in acute care hospitals: a pilot study]. *Pflege*. 1998 Dec;11(6):335-41.

[66] F. Healey, S. Scobie D Oliver, A. Pryce R. Thomson, B. Glampson Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. *Qual Saf Health Care*. 2008 Dec;17(6):424-30.

[67] R. Schwendimann, H. Bühler S. De Geest K. Milisen. Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments. *Gerontology*. 2008;54(6):342-8.

[68] PC. Dykes DL. Carroll, AC. Hurley A. Benoit B Middleton. Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? *J Nurs Adm*. 2009 Jun;39(6):299-304.

[69] M. Ghosh, B. O'Connell, E Afrifa-Yamoah et al. A retrospective cohort study of factors associated with severity of falls in hospital patients. *Sci Rep* (2022). 12, 12266

10. Popis tablica, slika i shema

Slika 3.1 Komponente sustava socijalne skrbi na razini EU, 2022 (Izvor: Finalno Izvješće Europske Komisije „Studija o socijalnim uslugama s posebnim fokusom na personalne ciljane socijalne usluge za ljude u ranjivim situacijama., EU, 2022	7
Slika 3.2 Prikaz odnosa između načela upravljanja rizikom, okvira i procesa (Izvor: Međunarodna Organizacija za Standardizaciju (ISO), (2018). „Norma ISO 31000:2018 – sustav upravljanja rizicima).....	12
Slika 4.1.3 Shematski prikaz protokola za pravilnu primjenu lijekova (Izvor: Da li poznajete 5P-Uzimanje lijekova na pravi način.pdf.)	18
Slika 4.3.4 Prikaz preventivnih mjera dekubitusa (Izvor: J. Hančević i suradnici. Prevencija, detekcija i liječenje dekubitisa. Naklada Slap. Zagreb. 2009)	21
Slika 4.4.5 Dobno standardizirane DALY stope po zemlji u Europi (Izvor: JA, Haagsma BF Olij, M Majdan, et al. Falls in older aged adults in 22 European countries: incidence, mortality and burden of disease from 1990 to 2017.Injury Prevention 2020.).....	23

Svi grafikoni i tablice su izvor dostupnih podataka i autora.

Grafikon 6.7.1 Spol ispitanika	30
Grafikon 6.7.2 Dob ispitanika	31
Grafikon 6.7.3. Mjesto incidenta	31
Grafikon 6.7.4. Uzrok incidenta	32
Grafikon 6.7.5. Broj slučajeva dekubitisa (Centar za rehabilitaciju Varaždin, Podružnica Pustodol	33
Grafikon 6.7. 6. Pojavnost dekubitisa.....	39
Grafikon 6.7.7 Učestalost agresivnih ponašanja u odnosu na autoagresivna ponašanja	41
Tablica 6.7.1 Učestalost pojavnosti infekcije	33
Tablica 6.7.2 Učestalost uzimanja materijala	34
Tablica 6.7.3. Struktura I odjela	34
Tablica 6.7.4. Struktura II odjela	35
Tablica 6.7.5 Struktura III odjela.....	35
Tablica 6.7.6 Struktura IV odjela	36

Tablica 6.7.7 Struktura V odjela.....	36
Tablica 6.7.8 Opis slučajeva dekubitisa	38
Tablica 6.7.9 Učestalost pojave infekcije uzročnikom Klebsiella pneumonia u odnosu na spol ispitanika.....	40
Tablica 6.7.10 Učestalost pojave infekcije uzročnikom Klebsiella pneumonia u odnosu na spol ispitanika (hi-kvadrat test)	40
Tablica 6.7.11 Učestalost broja padova i dobi.....	41
Tablica 6.7.12 Učestalost broja padova i dobi (bivarijantna korelacija)	41



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, SKOZZIT NIKOLINA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SIGURNOST PACIJENTA U USTANOVI SPECIJALNE SKRBE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Skozit Nikolina
(vlastoručni potpis)

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

Ja, NIKOLINA SKOZZIT (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SIGURNOST PACIJENTA U USTANOVI SPECIJALNE SKRBE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Skozit Nikolina
(vlastoručni potpis)