

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Studij sestrinstva

Sanja Čakalić

**ZADOVOLJSTVO BOLESNIKA
KVALITETOM PRUŽENIH USLUGA
ZDRAVSTVENE SKRBI U KLINIČKOM
ZAVODU ZA NUKLEARNU MEDICINU
I ZAŠTITU OD ZRAČENJA**

Diplomski rad

Osijek, 2018.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Studij sestrinstva

Sanja Čakalić

**ZADOVOLJSTVO BOLESNIKA
KVALITETOM PRUŽENIH USLUGA
ZDRAVSTVENE SKRBI U KLINIČKOM
ZAVODU ZA NUKLEARNU MEDICINU
I ZAŠTITU OD ZRAČENJA**

Diplomski rad

Osijek, 2018.

Rad je ostvaren u Kliničkom bolničkom centru Osijek.

Mentor rada: prof. dr. sc. Ivan Karner, dr. med.

Rad ima 44 lista i 9 tablica.

ZAHVALA

Zahvaljujem mentoru, prof. dr. sc. Ivanu Karneru, dr. med., koji mi je konstruktivnim sugestijama i primjedbama pomogao u izradi diplomskoga rada. Zahvaljujem mu na predanosti u ispravljanju radnih materijala, ljudskoj i stručnoj potpori, korisnim raspravama, strpljenju i svim doprinosima koji su omogućili nastanak ovoga rada. Zahvaljujem mojoj obitelji, dragim prijateljima i suradnicima koji su mi tijekom dvije godine studiranja bili potpora i pomoć.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Povijesni razvoj kvalitete zdravstvene skrbi.....	2
1.1.1. Definicije kvalitete i kvalitete zdravstvene skrbi	4
1.1.2. Kvaliteta rada u sustavu zdravstva.....	5
1.1.3. Mjerenje kvalitete zdravstvenoga sustava.....	6
1. 2. Zakonski okviri u Republici Hrvatskoj	7
1.2.1. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi.....	8
1.2.2. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene	9
1.2.3. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove	11
1.3. Opravdanost uvođenja sustava kvalitete.....	13
1.4. Indikatori kvalitete zdravstvene zaštite	13
1.5. Medicinska sestra u sustavu kvalitete zdravstvene njege	14
1.6. Zadovoljstvo bolesnika.....	15
2. CILJ RADA.....	18
3. ISPITANICI I METODE	19
3.1. Ustroj studije.....	19
3.2. Ispitanici	19
3.3. Metode	19
3.4. Statističke metode.....	20
4. REZULTATI.....	21
5. RASPRAVA.....	30
6. ZAKLJUČAK	35
7. SAŽETAK.....	36
8. SUMMARY	37
9. LITERATURA.....	38
10. ŽIVOTOPIS	43
11. PRILOZI.....	44

1. UVOD

Stupanj zadovoljstva pacijenata zdravstvenom zaštitom jedan je od pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite u okvirima programa „Zdravlje za sve“ Svjetske zdravstvene organizacije (engl. World Health Organization “Health for All” - WHO HFA) (1). Kvaliteta zdravstvene njege uključuje fizički pristup bolesnicima i ispunjenje njihovih psihosocijalnih potreba, zadovoljstva određenom pozornošću te je sveobuhvatna i višedimenzionalna odgovornost medicinske sestre za zadanu skrb i povjerenje bolesnika (2). Zadovoljstvo bolesnika u mjerenju kvalitete zdravstvene zaštite neophodno je zbog sve prisutnije transformacije zdravstvene zaštite iz područja pasivne ponude u područje aktivne potražnje zdravstvene zaštite gdje su bolesnikove potrebe one koje definiraju dio kvalitete. Osim toga, u demokratskom društvu bolesnici trebaju imati pravo na utjecaj u donošenju odluka. Mjerenje zadovoljstva bolesnika postaje dio društvene participacije u zdravstvenom sustavu (3). Zadovoljstvo pacijenata, kao pokazatelj kvalitete, predstavlja značajnu odgovornost zdravstvenih radnika i povećava konkurentnost zdravstvene ustanove. Iz perspektive zdravstvenoga sustava razumijevanje pacijentove zabrinutosti, očekivanja i percepcije postali su važni jednako koliko i same medicinske usluge i troškovi hospitalizacije. U sustavu zdravstva zadovoljstvo pacijenta uvijek je bilo izrazito važno, ali tek se posljednjih nekoliko godina stalno nadzire kontrola kvalitete što je dodatno povećalo odgovornost svih radnika u zdravstvu. Procjena zdravstvene skrbi u bolnicama vrlo je složena zbog značajnoga broja varijabli (4). Stupanj zadovoljstva pacijenta primljenom skrbi mjerilo je njegove percepcije o toj skrbi, a samo po sebi, značajan je ishod i važan cilj sestrinske skrbi. Osim toga, zadovoljstvo pacijenta pridonosi motivaciji i ustrajnosti pacijenta pri ispunjavanju savjeta i uputa pri liječenju. Zadovoljstvo je povećano kada pacijenti osjećaju da su aktivni sudionici u svojoj skrbi, kada sudjeluju u planiranju liječenja, kada su ohrabreni postavljati pitanja i kada osjećaju da im se pruža emocionalna potpora (5). Pacijenti su vrijedan, čak nezamjenjiv izvor informacija u procjenjivanju kvalitete skrbi (6). Mnogi autori smatraju kako pacijenti ne mogu dobro procijeniti kvalitetu sestrinske skrbi smatrajući ju subjektivnom. Drugi autori osporavaju tu činjenicu te sugeriraju da nije bitno je li pacijent u pravu ili nije. Smatraju da su osjećaji pacijenta presudni i relevantni. Koliko god mišljenje pacijenta bilo subjektivno, pružateljima skrbi može i treba pomoći pri razumijevanju i uspostavljanju prihvatljivih standarda usluga (7).

Zadovoljstvo pacijenta definira se kao razlika između onoga što pacijent očekuje i onoga što doživljava kao korisnik sestrinske skrbi. To znači da medicinska sestra koja želi pružiti kvalitetnu uslugu i zadovoljiti pacijente treba prvo razumjeti njihove

potrebe i predvidjeti njihova očekivanja. Ako pacijent ima niska očekivanja ili velika i nerealna, tada će, i nakon izuzetne sestrinske skrbi, izricati nižu razinu zadovoljstva (8). Zadovoljstvo je tipična kombinacija očekivanja bolesnika prije pregleda, iskustva tijekom pregleda i zadovoljstva smanjenjem ili rješavanjem simptoma zbog kojih je potražio pomoć.

1.1. Povijesni razvoj kvalitete zdravstvene skrbi

Početak 20. stoljeća u upravljanju kvalitetom prvi put pojavljuje se procesni pristup koji se definira kao skup aktivnosti koje uzimaju input, dodaju mu vrijednost i daju output. Njegov najvažniji trenutak dogodio se kada je Walter A. Shewhart, statističar u Bell Laboratories, razvio statističku kontrolu procesa i poznati PDCA krug (plan-do-check-act). Shewhartovi principi statističkoga upravljanja kvalitetom poznati su kao statistička kontrola kvalitete (engl. Statistic quality control- SQC) (9).

Opću socijalno-medicinsku podlogu za definiranje kvalitete zdravstvene zaštite dali su Lee i Jones 1933. godine. „Dobra je medicinska zaštita vrsta medicine koju primjenjuju i promišljaju priznati stručnjaci medicinske profesije u određenom trenutku ili razdoblju društvenog, kulturnog i medicinskog razvoja u nekom društvu ili skupini stanovništva“. Upozorili su da je definiranje kvalitete zdravstvene zaštite i njezino mjerenje značajan teorijski i praktični problem. Tijekom Drugoga svjetskog rata za daljnji razvoj statističke kontrole najzaslužniji je bio W. Edwards Deming koji je bio pobornik Shewarthovih SQC metoda. Njegova filozofija kvalitete naglašavala je važnost predviđanja potreba, a ne samo spoznaje zahtjeva kupca. Naglašavao je da je u proizvodnom procesu najvažniji kupac jer sve i završava njime. Zbog toga sve aktivnosti treba usmjeriti da se u uslugu ugradi ono što je vrijednost za kupca (10). „Nije dovoljno raditi najbolje. Morate znati što raditi i tada to trebate raditi najbolje.“(11). Deming smatra da svako poboljšanje procesa i metoda rada inicira lanac reakcija čiji su rezultat: viša kvaliteta, manji troškovi, veća produktivnost, manje cijene, veći tržišni udio, dugovječnost u poslu, nova radna mjesta i veći povrat investicija. Značaj je pridavao ljudima i smatrao je da je u tvrtkama potrebno uvesti permanentno obučavanje svih zaposlenih, uvođenje programa odlučnoga obučavanja i osobnoga usavršavanja te pokretanja u akciju svih zaposlenika kako bi se izvršila transformacija. Demingov krug (akronim od engleskih riječi Plan-Do-Check-Act-Planiraj-Uradi-Provjeri-Djeluj) je sustavni niz koraka za stjecanje vrijednih učenja i znanja čiji je cilj neprekidno poboljšanje proizvoda ili procesa. Jednostavan je i prihvatljiv za sve koji na neki način sudjeluju u upravljanju ili realizaciji procesa. Sastoji se od četiri koraka ili faza koja se

trebaju proći kako bi se riješio problem. Ponavljanje tih koraka čini stalno poboljšanje ciklusa. Krugovi kvalitete slijede probleme koji se odnose na osobnu dobrobit radnika i probleme koji se odnose na dobrobit tvrtke. Najveća korist od krugova kvalitete je njihov utjecaj na stavove i ponašanje zaposlenika, omogućuju pojedincu poboljšati osobne sposobnosti, povećavaju samopoštovanje pojedinca te pomažu zaposlenicima promijeniti određene značajke osobnosti. Smanjuje se negativan stav nekih zaposlenika, a smanjuju ga sukobi koji proizlaze iz radne okoline i pomažu zaposlenicima shvatiti zašto se ti problemi ne mogu brzo riješiti te im omogućuju razumijevanje važnosti kvalitete proizvoda. U prvoj fazi (Plan) potrebno je istražiti i analizirati postojeći proces, a kasnije ga standardizirati (normirati). Nakon toga slijedi prikupljanje podataka zbog identificiranja problema i razvijanje plana unaprjeđenja te specificiranje mjerila za ocjenjivanje. U drugoj fazi (Do) treba provesti što je planirano u okviru prve faze, odnosno provesti planirane procese sa svim njegovim aktivnostima. Tijekom treće faze (Check-Provjeri) mjerenjem planiranih parametara procesa i usporedbi s planiranim rezultatima iz prve faze, daje se odgovor na veličinu odstupanja, pozitivnoga ili negativnoga u odnosu na plan iz prve faze. Četvrta faza (Act-Djeluj) podrazumijeva analiziranje razlika mjerenih i planiranih rezultata, određivanje gdje i zašto je došlo do odstupanja rezultata mjerenja od planiranih rezultata. Nakon toga potrebno je ponovno pregledati i revidirati plan (ako ima svrhe) ili odustati od toga plana. Nakon završetka četvrte faze PDCA kruga ponovo se pokreće ciklus prve faze u kojoj se vrši redizajniranje procesa, tako da se osigura poboljšanje funkcije u sljedećem ciklusu. Uvijek postoji prostor za poboljšanje u sljedećem ciklusu svakoga od tih procesa što je i smisao primjene PDCA (9).

Utemeljitelj znanosti o kvaliteti medicinske skrbi Avedis Donabedian sredinom šezdesetih godina prošlog stoljeća definirao je pojam kvalitete medicinske skrbi, uveo čimbenike usporedbe, preporučio određivanje standarda kvalitete i pokazatelja (indikatora) kvalitete na razini ustroja provedbe i ishoda skrbi. Donabedian definira kvalitetu zdravstvene zaštite kao „primjene medicinske znanosti i tehnologije na način da maksimalizira korist za zdravlje, bez odgovarajućeg povećanja rizika“. Pružena skrb u skladu je s postojećim, raspoloživim znanjem, općeprihvaćenim načelima i praksom. Poboljšanje kvalitete definirao je kao primjenu normi kvalitete koje se provjeravaju primjenom definiranih indikatora ili mjerila koja zatim upućuju na mogućnost daljnjega poboljšanja (12). Donabedian, 1980. godine opisuje dva modela vrednovanja kvalitete zdravstvene zaštite. Prvi je „Klasični klinički model“ koji se ograničava na promatranje kvalitete rada pojedinačnog liječnika u odnosu na konkretnoga pacijenta i njegov konkretni zdravstveni „slučaj“. Drugi je „Suvremeni

socijalno-medicinski model“ koji nastoji vrednovati kvalitetu rada medicinskih timova i ustanova u odnosu na fizičku, psihološku i socijalnu dimenziju zdravlja stanovništva (13). Pojam neprekidnoga poboljšanja kvalitete medicinske skrbi (engl. Continuous Quality Improvement-CQI) pojavljuje se potkraj 80-ih godina 20. stoljeća. Usmjeren je na sustav zdravstvene skrbi, a naglašava sustavno kontinuirano ocjenjivanje i poboljšanje kvalitete, multidisciplinarni stručni timski rad, suradnju i kulturu kvalitete u ustanovi (14-19). Tijekom 70-ih i početkom 80-ih godina, većina se istraživanja bavila usavršavanjem metoda procjene i mjerenja vrsnoće skrbi, a potkraj 80-ih godina većina znanstvenih istraživanja u ovom području počela se baviti njezinim održavanjem i poboljšanjem (20). U Europi su takve djelatnosti započele tek potkraj 70-ih i tijekom 80-ih godina, najprije u Nizozemskoj, a kasnije u Velikoj Britaniji, Francuskoj i u drugim zapadnim državama (21). U državama srednje/istočne Europe one su postale moguće tek nakon političkih reformi, tj. početkom 90-ih godina. U Hrvatskoj, zbog Domovinskog rata, one su započele tek početkom 2000. godine (22).

Svjetsko udruženje liječnika 1997. godine donosi Deklaraciju o smjernicama za kontinuirano poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi u kojoj je naglašena etička i profesionalna dužnost liječnika i svih sudionika u zdravstvu, aktivno sudjelovanje u procesu neprekidnoga poboljšanja kvalitete sustava zdravstvene skrbi i sigurnosti bolesnika. 2008. godine dr. Lord Darzi NHS u Velikoj Britaniji podnosi izvješće „Visoka kvalitetna skrb za sve“ te postavlja smjernice za praćenje i kontinuirano poboljšanje kvalitete zdravstvenoga sustava i obavezno jednom godišnje izvještaj o kvaliteti zdravstvene zaštite na lokalnoj, regionalnoj i nacionalnoj razini.

1.1.1. Definicije kvalitete i kvalitete zdravstvene skrbi

Kvaliteta zdravstvene skrbi definirana je na različite načine. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) kvaliteta je zdravstvena usluga koja po svojim obilježjima zadovoljava definiranim zahtjevima te sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika kako bi dobili najbolju moguću skrb uz minimalan rizik za zdravlje i blagostanje (23). Bolesnici žele kvalitetnu uslugu, a zdravstveni radnici nastoje što kvalitetnije zadovoljiti potrebe bolesnika te obavljati korektno i pravilno procese u pružanju kvalitetnih usluga.

Kvaliteta je sveukupnost osobina i karakteristika proizvoda ili usluge koje se iskazuju njegovom/njezinom mogućnošću kako bi zadovoljila izrečene ili naznačene potrebe (24).

Kvaliteta je mjera ili pokazatelj koji pokazuje obujam, odnosno iznos uporabne vrijednosti nekoga proizvoda ili usluge za zadovoljenje točno određene potrebe na određenom mjestu i u određenom trenutku onda kada se taj proizvod i usluga tijekom društvenoga procesa razmjene potvrđuju kao roba. Nova definicija kvalitete prema normi ISO 9000:2000 glasi: „Kvaliteta je stupanj do koje skup svojstvenih karakteristika ispunjava zahtjeve.“

Kvaliteta je temeljni princip koji čini osnovu planova za pružanje zdravstvene njege i upravljanja. Ključni atributi su: profesionalni standardi, strukture postupaka i ishoda u pružanju usluga, korištenje resursa te društvo usmjereno poboljšanju ishoda.

Konačnu kvalitetu konkretnog proizvoda određuje odnos realiziranih želja i stvarnih potreba (zahtjeva) korisnika i njihove realizacije proizvođača robe. Konačna kvaliteta roba mjeri se uvijek i neposredno i posredno zadovoljstvom, odnosno nezadovoljstvom kupca (korisnika) (25).

Karakteristike kvalitete imaju ljudsku dimenziju čiji su zahtjevi, najčešće, brzina i odaziv, dostupnost, točnost, ljubaznost, udobnost, kompetencija, vjerodostojnost, pouzdanost, učinkovitost, fleksibilnost, poštenje, pouzdanost i sigurnost (26).

Kvaliteta skrbi definira se kao stupanj u kojem su zdravstvene usluge, pružene pojedincima i populaciji, povećale željene zdravstvene ishode i u skladu su s postojećim profesionalnim znanjem (Institut of Medicine-*iom*, 1990.) (27).

Dr. Avedis Donabedian 1966. godine definira pojam kvalitete medicinske skrbi: „Vrsnoća skrbi je opseg u kojem je stvarno pružena skrb u skladu s postojećim, raspoloživim znanjem i opće prihvaćenim načelima i praksom“. Što je ta podudarnost bolja, kakvoća je viša (28).

Kvaliteta zdravstvene zaštite je rezultat mjera koje se poduzimaju sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i smanjenje rizika za nastanak neželjenih posljedica na zdravlje ljudi (29).

1.1.2. Kvaliteta rada u sustavu zdravstva

Prema Eldaru i Donabedianu medicinska skrb sadrži model koji ima tri sastavnice, a to su:

- tehnička skrb koja podrazumijeva primjenu znanosti i tehnologije onoliko koliko je potrebno da bi se maksimalno povećala uspješnost primjene, bez opasnosti od štetnih posljedica
- odnos između bolesnika i liječnika; socijalna i psihološka interakcija u kojemu se prema bolesnicima treba odnositi s osjetljivošću kulturalno prikladno, poštujući

dostojanstvo, samostalnost i privatnost pacijenta jer bolesnici žele biti dobro obaviješteni i sudjelovati u svim odlukama koje se odnose na njihova liječenja

- ugodnost okruženja u kojoj se skrb provodi: čistoća, odsutnost buke, prilagođena temperatura, udobnost ležaja i estetika.

Iako postoji niz definicija o kvaliteti, ne postoji univerzalno prihvaćena definicija jer se ona percipira ovisno o kulturološkoj sredini, navikama, mentalitetu i svjetonazoru pojedinaca. Ipak, korisnik prepoznaje kvalitetu proizvoda u obliku dovršenosti proizvoda, njegove funkcionalnosti i performansi, a kvaliteta usluge može se ocijeniti stupnjem zadovoljstva koje se doživljava korištenjem tom istom uslugom (30).

1.1.3. Mjerenje kvalitete zdravstvenoga sustava

Modeli mjerenja kvalitete zdravstvenoga sustava mogu se podijeliti na modele osiguranja kvalitete i modele poboljšanja kvalitete. Model osiguranja kvalitete temelji se na utvrđivanju jesu li određeni standardi, koje su postavile treće osobe ili grupa izvan organizacije, zadovoljeni. Model poboljšanja kvalitete temelji se na poboljšanju izvedbe ključnih procesa (31). Mjerenje kvalitete dijeli se na tri osnovna dijela: strukturu, proces i ishod. Struktura podrazumijeva materijalne resurse, ljudske potencijale i organizaciju. Proces je dio traženja i pružanja zdravstvene zaštite, a ishod je definiran zdravstvenim stanjem bolesnika i populacije (32).

Postoje određeni prihvatljivi kriteriji i okviri za donošenje standarda, a vezani su uz vrstu standarda i vrstu podataka koje koristimo u određenom standardu (33). Ti okviri su: struktura, proces i ishod. Standardi strukture opisuju i reguliraju sestrinsku službu, organizaciju službe i opremljenost. Standardi procesa sestrinskoga rada opisuju djelovanje i rad medicinskih sestara u skladu s postizanjem željene razine izvedbe određene vještine. Daje smjernice što se treba učiniti za pacijenta, kako to učiniti i na koji način. Definiiraju kvalitetu izvedbe sestrinske skrbi. Standardi ishoda opisuju željene promjene koje bi trebale nastupiti kao rezultat sestrinskoga djelovanja provođenjem intervencija. Standardi nisu statični i trajni te podliježu promjenama. Kontinuirano se mijenjaju i prilagođavaju promjenama vrijednosti, napretku i razvoju profesije kao i zakonskim promjenama ovlaštenih institucija (34). Kvaliteta se može promatrati iz širokoga i uskoga vidokruga. Široki vidokrug podrazumijeva izobrazbu zdravstvenih radnika, financijske poticaje i položaj u društvu, izdavanje licenci za rad,

standarda za gradnju, opremu, osoblje i administraciju u zdravstvenim ustanovama te zakonodavstvo. Uski vidokrug podrazumijeva sljedeće: stalni nadzor provedbe usluge, ispravljanje otkrivenih nedostataka te poduzimanje mjera za sprječavanje ponavljanja pogrešaka (5). Razvijanje sustava kvalitete neophodno je kako bi se pružila pouzdana skrb za bolesnike, ali zahtijeva promjene ustaljenih vjerovanja i načina razmišljanja i razumijevanja vodstva zdravstvenih ustanova da kvaliteta treba postati poslovna strategija i temeljni princip rada.

1. 2. Zakonski okviri u Republici Hrvatskoj

Da je procjena kvalitete zdravstvene skrbi važna, pokazuju i zakonski okviri kako u svijetu, tako i u Republici Hrvatskoj. 2006. godine Hrvatski sabor donosi strategiju razvitka zdravstva u kojemu naglašava potrebu osiguranja kvalitetne stručne zdravstvene skrbi temeljene na načelima medicinske prakse zasnovane na dokazima, uz trajno poboljšanje kvalitete medicinskoga rada i osiguranje sigurnosti bolesnika i zdravstvenih radnika. 2007. godine donesen je Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite u kojemu su nositelji zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj obavezni uspostaviti, razvijati i održavati sustav za osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite sukladno planu i programu mjera iz ovoga Zakona, a mjerama za ostvarivanje kvalitete zdravstvene zaštite osigurati provedbu načela učinkovitosti sustava kvalitete zdravstvenih postupaka na svim razinama zdravstvene zaštite, načela orijentiranosti prema pacijentu te načela sigurnosti pacijenata.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti 2008. godine pojam kontrole kvalitete službeno postaje zakonski akt u Republici Hrvatskoj, u kojemu su sve zdravstvene ustanove obvezne sustavno uvesti kontrolu kvalitete u zdravstveni sustav. U listopadu 2010. godine donesen je Plan i program mjera za osiguranje, unaprjeđenje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite u kojemu su utvrđeni prioriteti za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite (akreditacija bolnica, uspostava obveznog sustava kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite te provođenje edukacije kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite) te mjere za uvođenje jedinstvenoga sustava standarda kvalitete zdravstvene zaštite i kliničkih pokazatelja kvalitete te određivanje vanjske procjene i uspostavljanje registra nositelja zdravstvenih djelatnosti o primjeni sustava standarda kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (35).

U cilju provedbe plana i programa mjera ministar, na prijedlog Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, donosi Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Agencija provodi obavezno praćenje pokazatelja kvalitete

zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, a polugodišnje izvješće o provođenju Agenciji su obavezni podnijeti nositelji zdravstvene djelatnosti. Zdravstvene ustanove s više od 40 zaposlenih radnika obvezne su ustrojiti posebnu jedinicu za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite, a ostali koji obavljaju zdravstvenu djelatnost odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite. Jedinica za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite prikuplja, obrađuje, raspoređuje i čuva podatke o provjeri kvalitete zdravstvene zaštite. Svi zdravstveni radnici obvezni su aktivno sudjelovati u provedbi plana i programa mjera za osiguranje, unaprjeđenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite (36).

1.2.1. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi

Temeljem članka 89. Ustava Republike Hrvatske, 26. listopada 2011. godine, Predsjednik Republike Hrvatske donio je Odluku o proglašenju Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi u kojemu se određuju načela i sustav mjera za ostvarivanje i unaprjeđenje sveobuhvatne kvalitete zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj te propisuje postupak akreditacije zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnih zdravstvenih radnika kao i procjena zdravstvenih tehnologija, a sve zbog osiguranja i smanjivanja rizika života i zdravlja pacijenata.

Pojedini izrazi u smislu ovoga Zakona imaju sljedeće značenje:

- sustav kvalitete zdravstvenih postupaka je sustav kojim se osigurava koordinacija, promicanje te praćenje svih aktivnosti poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite koja se pruža pacijentima sukladno zahtjevima međunarodno priznatih standarda te znanstveno-tehnološkom razvitku
- dosljednost zdravstvenoga postupka rezultat je mjera koji se postiže dokumentiranjem u provođenju zdravstvenih postupaka i analiziranjem medicinskih rezultata tih postupaka čiji je cilj poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite
- učinkovitost zdravstvenoga postupka odnosi se na stupanj postignutoga rezultata u odnosu na očekivani rezultat zdravstvenoga postupka
- djelotvornost zdravstvenoga postupka je sposobnost pružanja značajnijega opsega i kvalitetnije zdravstvene zaštite istim sredstvima i troškovima u najkraćem vremenu
- osiguranje kvalitete zdravstvenih postupaka je sustavno praćenje i procjenjivanje obavljanja i rezultata zdravstvenih postupaka, planiranje aktivnosti zbog poboljšanja

zdravstvene zaštite i prevladavanja utvrđenih nedostataka čiji je cilj ostvarenje učinkovitosti zdravstvenih postupaka i izbjegavanja štetnih neželjenih događaja

- poboljšanje kvalitete zdravstvenih postupaka je postupak ocjenjivanja i poboljšanja tih postupaka zasnovan na multidisciplinarnom pristupu te je usmjeren na sustav zdravstvene zaštite pacijenata
- klinički pokazatelji kvalitete su sredstva mjerenja u obavljanju zdravstvenih postupaka određenih vrijednostima koja služe za prikazivanje rezultata tih postupaka

Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite osigurana su načela učinkovitosti i djelotvornosti sustava kvalitete zdravstvenih postupaka, načela orijentiranosti prema pacijentu i načela sigurnosti pacijenata, a ostvaruju se provedbom mjera za osiguranje kvalitete zdravstvene zaštite uz optimalan odnos između učinaka provedenih zdravstvenih postupaka i troškova nastalih njihovom provedbom. Načelo sigurnosti pacijenata ostvaruje se provedbom mjera kojima se svakom pacijentu osigurava pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu sukladno njegovu zdravstvenu stanju i općeprihvaćenim stručnim standardima te sprječavaju štetni neželjeni događaji čija bi posljedica mogla imati smrt ili oštećenje zdravlja pacijenta. Zbog što bolje zdravstvene zaštite u zdravstvenim djelatnostima ministar, na prijedlog Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, donosi plan i program mjera za osiguranje, unaprjeđenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite koji su obvezni provoditi nositelji zdravstvene djelatnosti zbog uspostave hrvatskoga standarda kvalitete zdravstvene zaštite i procjene sigurnosti pacijenta (29).

1.2.2. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene

Cilj svakog zdravstvenog sustava je unaprjeđenje i poboljšanje kvalitete zdravstvenog stanja, a tako se poboljšava i kvaliteta života. Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite, na prijedlog Agencije za kvalitetu i akreditaciju, Ministar zdravstva i socijalne skrbi donosi Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Ovim Pravilnikom utvrđeni su standardi kvalitete zdravstvene zaštite i njihove primjene. Prema članku 2. definirani su pojmovi i izrazi vezani uz akreditacijski postupak, ciljevi kvalitete, nadzor kvalitete, neprekidno poboljšanje kvalitete, sustav upravljanja kvalitetom i zadovoljstvo pacijenata.

Pojedini izrazi u smislu ovoga Pravilnika imaju sljedeće značenje:

- akreditacijski postupak je postupak procjenjivanja kvalitete rada zdravstvene ustanove, trgovačkoga društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost, odnosno privatnih zdravstvenih radnika na osnovi ocjene sukladnosti njihova rada s utvrđenim optimalnim standardima za djelatnost koju obavljaju
- cilj kvalitete je ono što se traži ili čemu se teži, a povezano je s kvalitetom
- djelotvornost je odnos između postignutih rezultata i upotrijebljenih resursa
- plan kvalitete je dokument koji opisuje kako se sustav upravljanja kvalitetom primjenjuje na određeni proizvod, projekt ili ugovor, tko ga treba primijeniti i kada
- planiranje kvalitete je dio upravljanja kvalitetom usmjeren na određivanje ciljeva kvalitete i utvrđivanje potrebnih provedbenih procesa te odgovarajućih resursa za postizanje ciljeva kvalitete
- poboljšavanje kvalitete je dio upravljanja kvalitetom usmjeren na povećanje sposobnosti ispunjenja zahtjeva za kvalitetu
- sustav upravljanja kvalitetom je sustav upravljanja koji služi za upravljanje i nadziranje organizacije s obzirom na kvalitetu
- zadovoljstvo pacijenata je predodžba pacijenta o stupnju u kojem su zadovoljeni njegovi zahtjevi

Standardi kvalitete zdravstvene zaštite su: neprekidno poboljšanje kvalitete kliničkih i nekliničkih postupaka, sigurnost pacijenata i osoblja, medicinska dokumentacija, prava i iskustva pacijenata, zadovoljstvo osoblja, kontrola infekcija, smrtni slučajevi i obdukcija, praćenje nuspojava lijekova i štetnih događaja vezanih uz medicinske proizvode, unutarnja ocjena, nadzor sustava osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite (36).

Standardi kvalitete su detaljno opisana mjerila za obavljanje zdravstvenih postupaka, za zdravstvene radnike, opremu, materijal i okoliš u kojima se obavljaju zdravstveni postupci, dok su klinički pokazatelj sredstva mjerenja u obavljanju zdravstvenih postupaka određenih vrijednosti koja služe za prikazivanje rezultata tih postupaka (38). To su vrijednosti kojima će se prikazivati rezultati zdravstvenih postupaka. Klinički pokazatelji kvalitete definiraju kako, kada i gdje prikupljati podatke, a analizom će se utvrditi što treba promijeniti u dosadašnjoj praksi i kako unaprijediti trenutni postupak koji će tako dati bolje i učinkovitije rezultate. Standardima i kliničkim pokazateljima kvalitete moći će se ocijeniti kvaliteta rada u zdravstvenom sustavu. Oni će definirati kako, kada i gdje prikupiti podatke te će se analizom tih podataka uočiti što treba promijeniti u dosadašnjoj praksi i kako unaprijediti trenutni

postupak koji će time dati bolje i učinkovitije rezultate (38). Potrebne karakteristike standarda, prema WHO, 1982. godine su: opravdanost, razumljivost, korisnost, mjerljivost, prepoznatljivost i ostvarivost (39).

Prema Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite u zdravstvenim se ustanovama osniva Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene ustanove koje provodi aktivnosti vezane za organizaciju sustava osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite, provodi aktivnosti vezane za organizaciju sustava sigurnosti pacijenata, procjenjuje ispunjavanje standarda kvalitete zdravstvene zaštite u pojedinim djelatnostima zdravstvene ustanove, sudjeluje u vanjskim provjerama kvalitete, provodi aktivnosti vezane za pripreme za akreditacijski postupak i podnosi Agenciji polugodišnje izvješće o svom poslu (40).

1.2.3. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove

Temeljem članka 16. Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite, na prijedlog Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora, Ministar zdravstva i socijalne skrbi 4. ožujka 2011. donosi Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove. Akreditacijski standardi, u smislu ovoga Pravilnika, su: sustav osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite, uprava bolničke zdravstvene ustanove, zaposlenici bolničke zdravstvene ustanove, pregled korištenja zdravstvenih usluga, prava pacijenata, služba za medicinsku dokumentaciju, zdravstvena njega, planiranje otpusta, kontrola infekcija i sustav upravljanja sigurnošću.

Prema istom Pravilniku donesen je i sustav osiguranja i poboljšanja zdravstvene zaštite (SOPK) u kojemu bolnička zdravstvena ustanova treba razviti, primjenjivati i neprekidno održavati učinkovit sustav osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite. Taj sustav treba biti sukladan složenosti organizacije bolničke zdravstvene ustanove i zdravstvenih usluga koje se u njoj pružaju, uključujući ustrojstvene jedinice, što treba osigurati uprava bolničke zdravstvene ustanove. Sustav se usredotočuje na pokazatelje koji su povezani s poboljšanjem ishoda liječenja, kao i na prevenciju i smanjenje neželjenih događaja. Bolnička zdravstvena ustanova treba održavati i dokazati da upravlja sustavom osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite. Prema SOPK-u, članak 7. koji podrazumijeva mjerenje, praćenje i analizu, bolnička zdravstvena ustanova treba planirati i primjenjivati procese mjerenja, praćenja i analize u definiranim vremenskim razdobljima. Ustanova treba utvrditi način vrednovanja svih usluga, kliničkih i nekliničkih, uključujući usluge koje pružaju subjekti u

ugovornom odnosu s ustanovom. Mjerena i analizirana trebaju biti, najmanje, sljedeća područja: primjena kliničkih smjernica, kliničkih putova, algoritama i protokola u skladu s medicinom temeljenoj na dokazima, uporaba lijekova, kontrola infekcija, visokorizični postupci (kirurški i drugi invazivni postupci), primjena svih oblika anestezije, uporaba krvi i krvnih pripravaka, ograničavanje/odvajanje pacijenata, preuzimanje pacijenata, pregled korištenja usluga, pravovremeno i čitko popunjavanje medicinskih kartona pacijenata, inovacije zaposlenika, sigurnost okruženja, iskustvo i zadovoljstvo pacijenta. Nadalje, u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi treba biti uspostavljen sustav za upravljanje neželjenim događajima, a treba uključivati: prijavu neželjenih događaja, procjenu rizika, odgovarajuću analizu i primjenu popravnih i preventivnih radnji, povratnu informaciju te postupak obavješćivanja pacijenta o neželjenim događajima, vođenje registra o neželjenim ishodima liječenja sukladno važećim propisima. Sustav treba podržavati sljedeće kategorije neželjenih događaja i rokove za izvješćivanje uprave: neočekivani neželjeni događaj (uprava bolnice odmah treba obavijestiti ministarstvo nadležno za zdravstvo), a ustrojstvena jedinica u kojoj se dogodio takav događaj treba analizirati moguće uzroke nastalog događaja i u roku sedam dana pisano izvješće dostaviti upravi. Svaka tri mjeseca uprava je obvezna dostaviti izvješće Agenciji o neočekivanim neželjenim događajima. Ostali neželjeni događaji (Uprava treba svakih šest mjeseci dostaviti izvješće ministarstvu nadležnom za zdravstvo i Agenciji.) (41).

Glavne metode vanjske procjene kvalitete zdravstvene zaštite su: akreditacija, certifikacija i licenca.

Akreditacija je dokaz da su zdravstvene ustanove osposobljene raditi svoj posao. Ona pridonosi poboljšanju kvalitete u zdravstvu. Priznanje je za pružanje kvalitetne i sigurne zdravstvene skrbi, ali i najučinkovitija metoda vanjskoga vrednovanja rada.

Akreditacijski postupak je dobrovoljan postupak koji se obavlja na zahtjev nositelja zdravstvene djelatnosti, a nositeljima zdravstvene djelatnosti akreditaciju daje Agencija ako utvrdi da ispunjava akreditacijske standarde za određeno područje zdravstvene zaštite. Akreditacija se daje, odnosno uskraćuje, rješenjem Agencije. Rješenje se daje na vremensko razdoblje koje traje četiri godine (41). Certifikacija/potvrđivanje je postupak kojim treća strana daje pisanu potvrdu da je proizvod, proces ili usluga u skladu s određenim zahtjevima (29). Licenca je dokaz o obrazovanju, stručnosti zaposlenika, a za ustanovu osigurava minimalne standarde.

1.3. Opravdanost uvođenja sustava kvalitete

Uvođenje kvalitete u sustav zdravstva dovodi do povećanja razine zadovoljstva bolesnika, transparentnosti procesa pružanja skrbi, smanjenja žalbi, povećanja odgovornosti prema potrebama bolesnika, povjerenja u zdravstvene ustanove koje posluju u skladu s normama kvalitete, unaprjeđenje planiranja i kontrole u zdravstvu, smanjenja neočekivanih događaja te grešaka i rizika u zdravstvu iz čega proizlazi bolji ishod i funkcionalna razina usluge. Kako je zdravstvo uvijek usko vezano uz zahtjeve za smanjenjem troškova, povećanjem produktivnosti, smanjenjem broja bolničkih dana, ali i održavanjem i poboljšanjem kvalitete zdravstvene skrbi, upravo je to stvorilo nove izazove u vođenju kvalitete koje zahtijeva odgovarajuće, točne i pravovremene podatke za odlučivanje. Pravilna raspodjela resursa, redefiniranje zadataka i odgovornost, ali i pružanje kvalitetne zdravstvene njege treba biti planirano i izvršeno. Iskustvo bolesnika i zadovoljstvo ili nezadovoljstvo može zdravstvenim radnicima dati novi pogled u njihov rad. Nakon uspostavljanja sustava upravljanja kvalitetom zdravstvene njege ustanove imaju normirane postupke i radne upute, medicinska dokumentacija je potpuna, održavana i arhivirana, uspostavlja se i sustav samokontrole provođenjem internih naputaka, rješavanje nesukladnosti i propisivanje popravnih i preventivnih radnji. Nadalje, postiže se bolja komunikacija između osoblja i razumijevanje procesa zdravstvene zaštite te bolje održavanje opreme. Najvažnije je da se u sustavima upravljanja kvalitetom u medicini postiže bolja komunikacija s pacijentima, poboljšana briga za pacijente i veće zadovoljstvo zdravstvenim uslugama samih pacijenata. Uspostava sustava upravljanja kvalitetom zahtjevan je proces koji traži posvećenost i uključivanje menadžmenta svih radnika u zdravstvenim ustanovama, kontinuirano stjecanje novih znanja, obrazovanja, stvaranja okruženja za razvoj i unaprjeđenje sustava kvalitete. To jedini i osnovni preduvjet kvalitetnoga funkcioniranja zdravstvenoga sustava.

1.4. Indikatori kvalitete zdravstvene zaštite

Indikatori kvalitete moćno su sredstvo za uvid u adekvatnost zdravstvene zaštite i utvrđivanje problematičnih područja. Definiranje dobrih indikatora kvalitete zahtjevno je budući da indikatori trebaju dati pouzdane, objektivne i značajne informacije o važnim pitanjima (Trebaju biti zasnovani na dokazima.). Oni, također, trebaju biti osjetljivi na promjene u izvedbi, specifični za analiziranu situaciju i izračunati se iz dostupnih podataka. Definiranje i korištenje indikatora izvedbe smatra se najvišim prioritetom, ne samo zato što

su oni neophodni u mjerenju i procjenjivanju kvalitete pružene zaštite, već i zato što se pomoću njih ostvaruju i revidiraju postavljeni ciljevi organizacije u pogledu poboljšanja zdravstvene zaštite i što indikatori pružaju dokaze o učinkovitosti i financijskoj isplativosti pojedinih medicinskih procesa. Treba istaknuti da pokazatelji izvedbe ne mjere izravno kvalitetu, već ukazuju na problematična područja koja onda treba dodatno istražiti na uzroke, obujam i rasprostranjenost substandardne izvedbe. Naime, stope kojima se, najčešće, predstavljaju indikatori ne mjere je li zaštita odgovarajuća ili dobre kvalitete. Stope samo kvantificiraju pojavu nekoga događaja, ali nam ne mogu u kvalitativnom smislu reći je li zaštita ili neka usluga odgovarajuća ili poželjna (42). Indikatori kvalitete zdravstvene njege su: vrsta i broj bolničkih infekcija, integritet kože/dekubitus, broj medicinskih sestara i ostaloga pomoćnoga osoblja na krevet bolesnika, ukupan broj sati zdravstvene njege po bolesniku/24 sata, zadovoljstvo bolesnika razinom edukacije/informiranošću, zadovoljstvo medicinskih sestara, suzbijanje boli/zadovoljstvo bolesnika te zadovoljstvo bolesnika zdravstvenom njegom (43).

1.5. Medicinska sestra u sustavu kvalitete zdravstvene njege

Medicinske sestre/tehničari u bolničkom sustavu zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj čine više od 50% zdravstvenih radnika pa njihove usluge značajno utječu na kvalitetu bolničkoga sustava zdravstvene zaštite (44). Područje rada medicinske sestre/tehničara je zdravstvena njega te je zadaća medicinskih sestara upravljanje kvalitetom zdravstvene njege, ali i suradnja s ostalim zdravstvenim profesionalcima na ostvarivanju i unaprjeđenju kvalitete sustava (45). Prema Zakonu o sestrinstvu kontrolu kvalitete zdravstvene njege provodi za to posebno educirana medicinska sestra, a kontrola kvalitete rada obuhvaća: plan zdravstvene njege, provođenje postupaka zdravstvene njege, rezultate zdravstvene njege i utjecaj zdravstvene njege na zdravstveni status bolesnika (46).

Osiguranje kvalitetne zdravstvene njege zahtijeva svakodnevne napore kako bi se pružila usluga prema profesionalnim standardima i svakom bolesniku pristupilo individualno. Zadatci za medicinsku sestru uključuju sustavno rješavanje problema i sestriinsku skrb za identificirane potrebe bolesnika. Pri tome medicinska sestra donosi brojne odluke koje se odnose na sestriinske dijagnoze, planiranja i implementacije plana njege te procjenjuje napredak bolesnika prema ozdravljenju. Medicinske sestre najveći dio radnoga vremena su uz bolesnika te tako mogu biti zagovornici bolje skrbi za bolesnika i poboljšati kvalitetu u

pružanju zdravstvene njege. One su najbliže bolesnicima, poznaju bolesnikove probleme, uključene su u proces zdravstvene skrbi te na taj način mogu utjecati na promjene i poboljšanje procesa kvalitete koji će dovesti do napretka zdravstvene njege. Medicinska sestra je radnica koji izravno pridonosi stupnju zdravlja svih pripadnika neke populacije (47). Osnovni temelj praćenja i procjene procesa upravljanja kvalitetom zdravstvene njege je korištenje kliničkih indikatora, mjerljivih podataka koji su odraz kvalitete skrbi.

1.6. Zadovoljstvo bolesnika

Zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom skrbi jedan je od standarda koji je definiran Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, u kojemu se određuju načela i sustav mjera za ostvarivanje i unaprjeđenje kvalitete socijalne skrbi. Zadovoljstvo pacijenata sve se više koristi kao indikator kvalitete prilikom korištenja zdravstvene skrbi, a pokazuje predodžbu pacijenta o stupnju u kojem su zadovoljeni njegovi zahtjevi. Zadovoljan pacijent ima povjerenje i nadu da će u zdravstvenoj ustanovi dobiti zdravstvenu skrb koja će mu u određenom trenutku biti potrebna. Postupci koje provodi medicinska sestra imaju izravan učinak na tijek i ishod liječenja te utječu na doživljaj i zadovoljstvo pacijenta uslugama i boravkom u zdravstvenoj ustanovi. Stupanj zadovoljstva bolesnika jedan je od pokazatelja subjektivne kvalitete zdravstvene skrbi, no zadovoljstvo se tijekom vremena mijenja. Ne samo da ga ljudi različito doživljavaju, nego ista osoba može u različito vrijeme donijeti različite zaključke. Korisnici zdravstvenih usluga mogu biti nezadovoljni liječnicima koji loše komuniciraju s njima iako su liječnici vrlo stručni u svom poslu. Zadovoljstvo ishodima zdravstvene skrbi (izlječenje, značajno poboljšanje) može prikriti nezadovoljstva nekim drugim elementima skrbi (48). Stupanj zadovoljstva bolesnika primljenom skrbi mjerilo je njegove percepcije o toj skrbi, tj. bolesnik je u mogućnosti stvoriti manje-više „ispravnu“ sliku o svim trima elementima (49). Zadovoljstvo bolesnika značajan je ishod i važan cilj zdravstvene skrbi. Osim toga, zadovoljstvo bolesnika pridonosi motivaciji ustrajnosti bolesnika pri ispunjavanju savjeta i naloga liječnika. Zadovoljstvo je povećano kada bolesnici osjećaju da su aktivni sudionici u svojoj skrbi, kada sudjeluju u planiranju liječenja, kada žele postavljati pitanja i kada se s njima otvoreno raspravlja o njihovim problemima te kada osjećaju da im se pruža emocionalna potpora (50).

Zadovoljstvo je multidimenzionalno stanje (engl. construct) koje je uvjetovano zdravstvenim i funkcionalnim stanjem, psihosocijalnim obilježjima i oblikom liječenja. Odražava očekivanja bolesnika te njihova vrednovanja i iskustva. Može se odnositi na nekliničke oblike skrbi

(čistoća, temperatura, hrana, tišina ili buka, udobnost, privatnost, birokracija i cijena) te na kliničke oblike (međusobni odnosi s liječnicima, medicinskim sestrama i drugima, percipirana tehnička osposobljenost osoblja, raspoloživost i stanje opreme te kontinuirane skrbi) (5).

Stupanj zadovoljstva bolesnika pruženom skrbi jedan je od važnih ishoda i značajnih oblika njezine vrsnoće. Ako bolesnik nije zadovoljan zdravstvenom skrbi, ona nije ostvarila svoj cilj, koliko uspješna bila. Prikupljanje obavijesti o stupnju zadovoljstva potrebna je sastavnica svake djelatnosti usmjerene poboljšanju kakvoće medicinske skrbi. U Francuskoj ANAES od svih bolnica zahtijeva da stalno mjere zadovoljstvo bolesnika i dobivene obavijesti koriste za djelatnosti poboljšavanja (51). Razvijene su ljestvice koje sadržavaju obilježja koja mogu poslužiti za usporedbu različitih odjela (52). Korisno bi bilo kada bi bolničko vijeće razvilo ujednačeni upitnik koji bi detaljno prikazao stupanj zadovoljstva hospitaliziranih bolesnika kliničkim i nekliničkim oblicima skrbi. Takav prikaz predstavljao bi osnovno mjerenje kao mjera usporedbe, a time omogućio pojedinim odjelima uvid gdje su promjene najpotrebnije. Takav prikaz proveden je u Engleskoj na nekoliko tisuća ispitanika, a nakon otpusta iz akutnih bolnica, pokazao je da vrijedi postaviti detaljna pitanja o primljenoj skrbi i boravku u bolnici, a ne osloniti se samo na općenita pitanja je li bolesnik zadovoljan ili nije. Ključne točke bile su: komunikacija s osobljem, primljena emocionalna potpora, fizička udobnost, suzbijanje boli, edukacija, sudjelovanje obitelji, planiranje otpusta i financijske informacije. Detaljna i neposredna pitanja u prikazima zadovoljstva daju bolji uvid u postojeće probleme i korisnija su za nalaženje njihovih rješenja, nego opća pitanja o zadovoljstvu ili nezadovoljstvu kakvoćom skrbi (53). U mnogim zemljama Europe, SAD-u i u Australiji praćenje zadovoljstva bolesnika zdravstvenom zaštitom i različitim razinama zdravstvene zaštite uobičajena je praksa (54). Zadovoljstvo nema osnovne mjerne jedinice te nije korektno objediniti bodove sa zadovoljstvom različitim dimenzijama zdravstvene skrbi u jedan jedini pokazatelj zadovoljstva. Visoke razine zadovoljstva zdravstvenom skrbi često prikrivaju nezadovoljstvo pojedinim elementima. Na kvalitetu zdravstvene skrbi i percepciju, odnosno zadovoljstvo ili iskustvo bolesnika, ne utječe samo kvaliteta pojedinoga zdravstvenoga radnika ili zdravstvene ustanove već i kvaliteta organizacije zdravstvenoga sustava u cjelini pa je zadovoljstvo bolesnika našim radom rezultat svih čimbenika. Razinu osobnoga i kolektivnoga zadovoljstva bolesnika s našim radom određuju opće karakteristike bolesnika (obrazovanje, intelektualne sposobnosti, materijalni i psihofizički status itd.), ali i razina njegovih interakcija u zajednici u kojoj se stvaraju mišljenja i stavovi. Bolesnik mišljenje o našem radu stvara temeljem subjektivnih, objektivnih, emocionalnih i racionalnih stavova i interakcija pojedinaca te zajednice u kojoj živimo i radimo. Takav odnos utemeljen na

postojećoj međusobnoj ovisnosti između zdravstvenoga osoblja i bolesnika nije samo rezultat međuljudskih komunikacija, pojedinih uloga ili društvenoga položaja, već ovisi i od općih odnosa u društvenom sustavu (klasnoj raslojenosti, zakonima, vjerskoj i kulturalnoj opredijeljenosti, organizaciji zdravstva, sustavu osiguranja itd.). Taj odnos opterećen je i obvezama i privilegijama. Bolesnikove obveze su: motiviranost ozdravljenju, održavanje zdravlja i zdravoga načina života, traženje stručne pomoći te povjerenje u liječnika i zdravstvenoga radnika. S druge strane, obveze zdravstvenih radnika su: djelovanje u korist pacijenata, ponašanje prema profesionalnim pravilima i medicinskoj etici, primjena raspoloživoga znanja i vještina, obveza objektivnosti i emocionalne neutralnosti, ali ne i indiferentnosti ili ravnodušnosti prema problemima pacijenta (55).

2. CILJ RADA

1. Cilj rada je ispitati razinu zadovoljstva bolesnika pruženom kvalitetom zdravstvene skrbi
 - 1.1. Ispitati i usporediti razinu zadovoljstva bolesnika s obzirom na dob
 - 1.2. Ispitati i usporediti razinu zadovoljstva bolesnika s obzirom na spol
 - 1.3. Ispitati i usporediti razinu zadovoljstva s obzirom na stupanj obrazovanja
 - 1.4. Ispitati i usporediti razinu zadovoljstva bolesnika s obzirom na radni status
 - 1.5. Ispitati i usporediti razinu zadovoljstva bolesnika s obzirom na razlog hospitalizacije

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Provedena je presječna studija (56).

3.2. Ispitanici

Istraživanje je provedeno u Kliničkom bolničkom centru Osijek, u Kliničkom zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja. Istraživanje je prethodno odobrilo Etičko povjerenstvo Kliničkoga bolničkoga centra Osijek (Prilog 1.). U istraživanju je sudjelovalo 130 (n=130) ispitanika. Istraživanje je provedeno tijekom travnja i svibnja 2018. godine. Isključne kriterije sadržavali su nepotpuno ispunjeni upitnici.

Prilikom otpusta bolesnicima je usmeno i pismeno (Prilog 2.) objašnjen anonimni i dobrovoljni karakter ankete, što se od njih očekuje te koji je cilj istraživanja, a što je i navedeno u anketnom upitniku (Prilog 3.) prije ispunjavanja.

3.3. Metode

Istraživanje je provedeno koristeći anonimni anketni upitnik. Anketni upitnik sadržavao je 20 pitanja. Pet pitanja odnosi se na sociodemografske podatke ispitanika (dob, spol, stupanj naobrazbe, radni status i razlog hospitalizacije) te 15 istraživačkih pitanja Lickertova tipa (1-loše, 2-dovoljan, 3-dobar, 4-vrlo dobar i 5-odličan), indikatora kvalitete, namijenjenih ispitivanju elemenata razine zadovoljstva bolesnika. U tu svrhu, korišteni su prilagođeni, standardizirani Laschingerov HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) upitnik o zadovoljstvu pacijenata kvalitetom zdravstvene njege u njegovoj izvornoj i poljskoj inačici (57) te NPSCC (Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionare) upitnik, kao valjani i pouzdani mjerni instrument (58). U tri tematske dimenzije u odnosu na Risserovu ljestvicu: interpersonalni odnos i povjerenje, edukacija i informiranost te tehničko-profesionalne kompetencije u sestinstvu (59). Američki HCAHPS upitnik prvi je nacionalni, javnosti predstavljen standardizirani upitnik o zadovoljstvu pacijenata, alat čiji je cilj mjeriti percepciju pacijenata o kvaliteti ostvarene skrbi u odnosu na njihovo bolničko iskustvo nakon otpusta iz ustanove. Uz potrebne korekcije i demografske prilagodbe, razvoj, validacija i implementacija ovog upitnika dio je

multinacionalnoga razvojnog projekta 7. Okvirnog programa EU predstavnika RN4CAST radne skupine u području kvalitete sestrinske skrbi. Indikatori kvalitete podijeljeni su u tri kategorije: sestrinska njega, medicinska zaštita i bolničko okruženje (57).

PSNCQQ upitnik Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)-evaluacija kvalitete sestrinske njege poljskom verzijom upitnika o zadovoljstvu pacijenata sadržava 19 stavki mjerenih Lickertovom ljestvicom od 1 do 5 bodova. Indikatori su podijeljeni u tri kategorije: ukupna kvaliteta njege i usluga, ukupna sestrinska njega u odjelu te spremnost za preporuku bolnice obitelji i prijateljima (58).

Anketni upitnik kojim je provedena anketa sadržava:

- pet istraživačkih pitanja koja se odnose na komunikacijske vještine medicinske sestre/tehničara (predstavljanje, prijam bolesnika, obavještavanje bolesnika o predstojećim intervencijama i pretragama, parcijalno ili cjelovito, koliko razumljiv način)
- šest istraživačkih pitanja indikatori su kvalitete postupaka u zdravstvenoj njezi (stručnost i interes medicinske sestre/tehničara za bolesnikove potrebe, mogućnosti, navike i želje)
- jedno istraživačko pitanje indikator je kvalitete okruženja (količina osiguranoga mira i tišine)
- tri istraživačka pitanja indikatori su kvalitete, a odnose se na prava bolesnika zaštićena Zakonom o zaštiti prava pacijenata (pravo na potpunu obaviještenost, pravo na primanje posjetitelja sukladno kućnom redu, pravo na poštovanje svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja)

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljani su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Brojčani podatci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. Normalnost raspodjele brojčanih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Razlike brojčanih varijabli testirane su Studentovim t-testom ili analizom varijance (ANOVA) (60). Sve P vrijednosti dvostrane su. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc Statistical Software version 18.2.1 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2018.).

4. REZULTATI

Istraživanje je provedeno na 130 bolesnika, od kojih je 27 (20,8 %) muškaraca i 103 (79,2 %) žene. Aritmetička sredina dobi ispitanika je 54 godine (standardna devijacija 15 godina) od 18 do 86 godina. Bolesnika je najviše u dobi od 61 do 70 godina, tj. njih 31 (23,8 %). S obzirom na razinu obrazovanja 77 (59,2 %) imaju srednju stručnu spremu. Zaposlen je 51 (39,2 %) bolesnik, a umirovljenika je 46 (35,4 %). Zbog aplikacije radionuklidnih testnih i terapijskih doza hospitalizirano je 65 (50 %) bolesnika, tj. 17 (13,1 %) zbog prijeoperacijske pripreme, a 17 (13,1 %) zbog konzervativnoga liječenja (Tablica 1.).

Tablica 1. Osnovna obilježja bolesnika

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muškarci	27 (20,8)
Žene	103 (79,2)
Dob	
do 40 godina	27 (20,8)
41 – 50 godina	28 (21,5)
51 – 60 godina	25 (19,2)
61 – 70 godina	31 (23,8)
71 i više godina	19 (14,6)
Razina obrazovanja	
Nekvalificirani	31 (23,8)
Srednja stručna sprema	77 (59,2)
Viša stručna sprema	11 (8,5)
Visoka stručna sprema	11 (8,5)
Radni status	
Učenik - student	2 (1,5)
Zaposlen	51 (39,2)
Nezaposlen	31 (23,8)
Umirovljenik	46 (35,4)
Razlog hospitalizacije	
Aplikacija radionuklidnih testnih i terapijskih doza	65 (50)
Prijeoperacijska priprema	17 (13,1)
Konzervativno liječenje	48 (36,9)
Ukupno	130 (100)

Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege ocijenilo se više od 15 pitanja. Izuzetno je zadovoljan 121 (93 %) bolesnik prijemom pri dolasku na hospitalizaciju, a 117 (90 %) predstavljanjem medicinske sestre. Vrlo je zadovoljno 108 (83 %) bolesnika informiranošću o predstojećim postupcima i intervencijama, a 116 (89 %) dužinom vremena koje je medicinska sestra provela razgovarajući s njima. Izuzetno je zadovoljno interesom medicinske sestre za njihove uobičajene navike 108 (83 %) ispitanika (Tablica 2.).

Tablica 2. Samoprocjena zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege (1/3)

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Izuzetno nezadovoljan	Nezadovoljan	Niti zadovoljan niti nezadovoljan	Zadovoljan	Izuzetno zadovoljan	
Jeste li zadovoljni Vašim prijemom pri dolasku na hospitalizaciju?	0	0	1 (1)	8 (6)	121 (93)	130 (100)
Jeste li zadovoljni predstavljanjem medicinske sestre?	0	0	1 (1)	12 (9)	117 (90)	130 (100)
Jeste li zadovoljni informiranošću o predstojećim postupcima i intervencijama?	0	0	5 (4)	17 (13)	108 (83)	130 (100)
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje je medicinska sestra provela razgovarajući s Vama?	0	0	3 (2)	11 (8)	116 (89)	130 (100)
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše uobičajene navike?	0	0	2 (2)	20 (15)	108 (83)	130 (100)

Izuzetno je zadovoljno stručnim pristupom medicinske sestre prilikom sestrinske skrbi 122 (93,8 %) bolesnika, a 115 (88,5 %) dužinom vremena koje medicinska sestra/ tehničar provodi kao sestrinsku skrb uz njih tijekom 24 sata. Osiguranjem privatnosti prilikom osobne higijene jedan (0,8 %) bolesnik je nezadovoljan, dva (1,5 %) su niti zadovoljna niti nezadovoljna dok je većina zadovoljna izuzetno zadovoljna. Izuzetno je zadovoljno 118 (90,8 %) bolesnika pomoći medicinske sestre/ tehničara pri obavljanju njihovih dnevnih aktivnosti, a 113 (86,9 %) interesom medicinske sestre za njihove prehrambene potrebe (Tablica 3.).

Tablica 3. Samoprocjena zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege (2/3)

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Izuzetno nezadovoljan	Nezadovoljan	Niti zadovoljan niti nezadovoljan	Zadovoljan	Izuzetno zadovoljan	
Jeste li zadovoljni stručnim pristupom medicinske sestre prilikom primjene sestrinske skrbi?	0	0	1 (0,8)	7 (5,4)	122 (93,8)	130 (100)
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje medicinska sestra provodi kao sestrinsku skrb uz Vas tijekom 24 sata?	0	0	2 (1,5)	13 (10)	115 (88,5)	130 (100)
Jeste li zadovoljni osiguranjem privatnosti dok se provodi osobna higijena?	0	1 (0,8)	2 (1,5)	15 (11,5)	112 (86,2)	130 (100)
Jeste li zadovoljni pomoći medicinske sestre pri obavljanju Vaših dnevnih aktivnosti?	0	0	1 (0,8)	11 (8,5)	118 (90,8)	130 (100)
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše prehrambene potrebe?	0	0	3 (2,3)	14 (10,8)	113 (86,9)	130 (100)

Zbog mogućnosti primjene njihovih religijskih potreba zadovoljno je 10 (7,7 %) bolesnika dok ih je 119 (91,5 %) izuzetno zadovoljno. Omogućenom dužinom vremena za posjete izuzetno je zadovoljan 121 (93,1 %) bolesnik.

Obavijestima o pravima pacijenata izuzetno je zadovoljno 109 (83,8%) bolesnika, a 120 (92,3 %) time da su na svoje upite medicinskoj sestri/ tehničaru dobili razumljive odgovore koje su shvatili. Osiguranom dužinom vremena za mir i odmor izuzetno je zadovoljno 126 (96,9%) (Tablica 4.)

Tablica 4. Samoprocjena zadovoljstva kvalitetom zdravstvene njege (3/3)

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Izuzetno nezadovoljan	Nezadovoljan	Niti zadovoljan niti nezadovoljan	Zadovoljan	Izuzetno zadovoljan	
Jeste li zadovoljni mogućnošću primjene Vaših religijskih potreba?	0	0	1 (0,8)	10 (7,7)	119 (91,5)	130 (100)
Jeste li zadovoljni omogućenom dužinom vremena za posjete?	0	0	3 (2,3)	6 (4,6)	121 (93,1)	130 (100)
Jeste li obaviješteni o Vašim pravima kao pacijenta?	0	0	5 (3,8)	16 (12,3)	109 (83,8)	130 (100)
Jeste li na Vaša pitanja medicinskoj sestri dobili razumljive odgovore koje ste shvatili?	0	0	0	10 (7,7)	120 (92,3)	130 (100)
Jeste li zadovoljni osiguranom dužinom vremena za mir i odmor?	0	0	0	4 (3,1)	126 (96,9)	130 (100)

Nema značajne razlike u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene njege u odnosu na spol (Tablica 5.).

Bolesnici od 41 do 50 godina značajno su nezadovoljniji predstavljanjem medicinske sestre/tehničara u odnosu na ostale dobne skupine (ANOVA, $P = 0,009$) dok u odnosu na druga pitanja nema značajne razlike u odnosu na dobne skupine (Tablica 6.).

Bolesnici višeg stupnja naobrazbe značajno su manje zadovoljni prijemom pri dolasku na hospitalizaciju u odnosu na ispitanike srednje stručne spreme ili niskokvalificirane (ANOVA, $P < 0,001$) kao i zadovoljstvom interesom medicinske sestre/tehničara za njihove prehrambene potrebe (ANOVA, $P = 0,04$). Bolesnici više stručne spreme značajno su nezadovoljniji u odnosu na druge razine obrazovanja s obzirom na to jesu li dobili razumljive odgovore na svoja pitanja koja su shvatili (ANOVA, $P = 0,01$) (Tablica 7.).

Tablica 5. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege u odnosu na spol

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Jeste li zadovoljni Vašim prijemom pri dolasku na hospitalizaciju?	4,85 (0,5)	4,94 (0,2)	4,92 (0,3)	0,33
Jeste li zadovoljni predstavljanjem medicinske sestre?	4,93 (0,3)	4,88 (0,4)	4,89 (0,3)	0,50
Jeste li zadovoljni informiranošću o predstojećim postupcima i intervencijama?	4,78 (0,5)	4,8 (0,5)	4,79 (0,5)	0,87
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje je medicinska sestra provela razgovarajući s Vama?	4,93 (0,3)	4,85 (0,4)	4,87 (0,4)	0,29
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše uobičajene navike?	4,85 (0,5)	4,81 (0,4)	4,82 (0,4)	0,64
Jeste li zadovoljni stručnim pristupom medicinske sestre prilikom primjene sestrinske skrbi?	4,93 (0,3)	4,93 (0,3)	4,93 (0,3)	0,92
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje medicinska sestra provodi na sestrinsku skrb uz Vas tijekom 24 sata?	4,93 (0,3)	4,85 (0,4)	4,87 (0,4)	0,28
Jeste li zadovoljni osiguranjem privatnosti prilikom primjene osobne higijene?	4,81 (0,6)	4,83 (0,4)	4,83 (0,5)	0,88
Jeste li ste zadovoljni pomoći medicinske sestre pri obavljanju Vaših dnevnih aktivnosti?	4,96 (0,2)	4,88 (0,4)	4,9 (0,3)	0,12
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše prehrambene potrebe?	4,81 (0,5)	4,85 (0,4)	4,85 (0,4)	0,69
Jeste li zadovoljni mogućnošću primjene Vaših religijskih potreba?	4,81 (0,5)	4,93 (0,3)	4,91 (0,3)	0,23
Jeste li zadovoljni omogućenom dužinom vremena za posjete?	4,93 (0,4)	4,9 (0,4)	4,91 (0,4)	0,78
Jeste li obaviješteni o Vašim pravima kao pacijenta?	4,81 (0,5)	4,8 (0,5)	4,8 (0,5)	0,86
Jeste li na Vaša pitanja medicinskoj sestri dobili razumljive odgovore koje ste shvatili?	4,96 (0,2)	4,91 (0,3)	4,92 (0,3)	0,28
Jeste li zadovoljni osiguranom dužinom vremena za mir i odmor?	4,96 (0,2)	4,97 (0,2)	4,97 (0,2)	0,85

*Studentov t-test

Tablica 6. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege u odnosu na dob

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)					P*
	-40	41 – 50	51 - 60	61 - 70	71 i više	
Jeste li zadovoljni Vašim prijemom pri dolasku na hospitalizaciju?	4,85 (0,4)	4,96 (0,2)	4,88 (0,4)	4,94 (0,2)	5 (0)	0,41
Jeste li zadovoljni predstavljanjem medicinske sestre?	4,85 (0,4)	4,71 (0,5)	4,96 (0,2)	5 (0)	4,95 (0,2)	0,009
Jeste li zadovoljni informiranošću o predstojećim postupcima i intervencijama?	4,67 (0,6)	4,79 (0,6)	4,8 (0,4)	4,81 (0,5)	4,95 (0,2)	0,46
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje je medicinska sestra provela razgovarajući s Vama?	4,81 (0,5)	4,75 (0,5)	4,96 (0,2)	4,97 (0,2)	4,84 (0,5)	0,18
Jeste li ste zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše uobičajene navike?	4,81 (0,4)	4,75 (0,5)	4,84 (0,4)	4,81 (0,5)	4,89 (0,3)	0,85
Jeste li zadovoljni stručnim pristupom medicinske sestre prilikom primjene sestrinske skrbi?	4,96 (0,2)	4,82 (0,5)	5 (0)	4,94 (0,2)	4,95 (0,2)	0,19
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje medicinska sestra provodi na sestrinsku skrb uz Vas tijekom 24 sata?	4,89 (0,4)	4,89 (0,4)	4,88 (0,3)	4,9 (0,3)	4,74 (0,5)	0,61
Jeste li zadovoljni osiguranjem privatnosti prilikom primjene osobne higijene?	4,74 (0,7)	4,93 (0,3)	4,84 (0,4)	4,84 (0,5)	4,79 (0,4)	0,67
Jeste li zadovoljni pomoći medicinske sestre pri obavljanju Vaših dnevnih aktivnosti?	4,89 (0,4)	4,89 (0,3)	4,96 (0,2)	4,9 (0,3)	4,84 (0,4)	0,83
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše prehrambene potrebe?	4,78 (0,5)	4,82 (0,5)	4,8 (0,5)	4,9 (0,3)	4,95 (0,2)	0,60
Jeste li zadovoljni mogućnošću primjene Vaših religijskih potreba?	4,89 (0,3)	4,93 (0,3)	4,92 (0,3)	4,87 (0,4)	4,95 (0,2)	0,92
Jeste li zadovoljni omogućenom dužinom vremena za posjete?	4,81 (0,5)	4,96 (0,2)	4,92 (0,4)	4,9 (0,4)	4,95 (0,2)	0,61
Jeste li obaviješteni o Vašim pravima kao pacijenta?	4,74 (0,6)	4,79 (0,6)	4,72 (0,5)	4,9 (0,3)	4,84 (0,4)	0,63
Jeste li na Vaša pitanja medicinskoj sestri dobili razumljive odgovore koje ste shvatili?	4,89 (0,3)	4,93 (0,3)	5 (0)	4,94 (0,2)	4,84 (0,4)	0,37
Jeste li zadovoljni osiguranom dužinom vremena za mir i odmor?	4,93 (0,3)	4,96 (0,2)	5 (0)	5 (0)	4,95 (0,2)	0,44

*ANOVA

Tablica 7. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege u odnosu na razinu obrazovanja

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)					P*
	NK	SSS	VŠS	VSS	Ukupno	
Jeste li zadovoljni Vašim prijemom pri dolasku na hospitalizaciju?	5 (0)	4,96 (0,3)	4,73 (0,5)	4,64 (0,5)	4,92 (0,3)	< 0,001
Jeste li zadovoljni predstavljanjem medicinske sestre?	4,97 (0,2)	4,88 (0,4)	4,73 (0,5)	4,91 (0,3)	4,89 (0,3)	0,23
Jeste li zadovoljni informiranošću o predstojećim postupcima i intervencijama?	4,94 (0,2)	4,78 (0,5)	4,64 (0,7)	4,64 (0,7)	4,79 (0,5)	0,18
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje je medicinska sestra provela razgovarajući s Vama?	4,9 (0,4)	4,88 (0,4)	4,73 (0,6)	4,82 (0,4)	4,87 (0,4)	0,61
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše uobičajene navike?	4,97 (0,2)	4,81 (0,4)	4,64 (0,5)	4,64 (0,7)	4,82 (0,4)	0,05
Jeste li zadovoljni stručnim pristupom medicinske sestre prilikom primjene sestrinske skrbi?	4,97 (0,2)	4,94 (0,3)	4,82 (0,4)	4,91 (0,3)	4,93 (0,3)	0,51
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje medicinska sestra provodi na sestrinsku skrb uz Vas tijekom 24 sata?	4,87 (0,3)	4,91 (0,3)	4,64 (0,7)	4,82 (0,4)	4,87 (0,4)	0,16
Jeste li zadovoljni osiguranjem privatnosti prilikom primjene osobne higijene?	4,84 (0,5)	4,86 (0,4)	4,82 (0,4)	4,64 (0,9)	4,83 (0,5)	0,55
Jeste li zadovoljni pomoći medicinske sestre pri obavljanju Vaših dnevnih aktivnosti?	4,9 (0,3)	4,91 (0,3)	4,82 (0,6)	4,91 (0,3)	4,9 (0,3)	0,86
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše prehrambene potrebe?	4,97 (0,2)	4,86 (0,4)	4,64 (0,7)	4,64 (0,5)	4,85 (0,4)	0,04
Jeste li zadovoljni mogućnošću primjene Vaših religijskih potreba?	4,97 (0,2)	4,87 (0,4)	4,91 (0,3)	5 (0)	4,91 (0,3)	0,37
Jeste li zadovoljni omogućenom dužinom vremena za posjete?	4,97 (0,2)	4,88 (0,4)	4,82 (0,6)	5 (0)	4,91 (0,4)	0,46
Jeste li obaviješteni o Vašim pravima kao pacijenta?	4,9 (0,3)	4,82 (0,5)	4,64 (0,7)	4,55 (0,7)	4,8 (0,5)	0,13
Jeste li na Vaša pitanja medicinskoj sestri dobili razumljive odgovore koje ste shvatili?	4,9 (0,3)	4,97 (0,2)	4,73 (0,5)	4,82 (0,4)	4,92 (0,3)	0,01
Jeste li zadovoljni osiguranom dužinom vremena za mir i odmor?	4,97 (0,2)	4,99 (0,1)	4,91 (0,3)	4,91 (0,3)	4,97 (0,2)	0,33

*ANOVA

Bolesnici učenici/studenti značajno su najmanje zadovoljni predstavljanjem medicinske sestre (ANOVA, $P = 0,005$), a zaposleni informiranošću o predstojećim postupcima i intervencijama i interesom medicinske sestre/tehničara za njihove prehrambene potrebe (ANOVA, $P = 0,02$) (Tablica 8.).

Tablica 8. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege u odnosu na radni status

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)					P*
	Uče- nik stu- dent	Zapo- sleni	Nezapo- sleni	Umiro- vljenici	Uku- pno	
Jeste li zadovoljni Vašim prijemom pri dolasku na hospitalizaciju?	5 (0)	4,84 (0,4)	5 (0)	4,96 (0,2)	4,92 (0,3)	0,09
Jeste li zadovoljni predstavljanjem medicinske sestre?	4,5 (0,7)	4,78 (0,5)	4,97 (0,2)	4,98 (0,1)	4,89 (0,3)	0,005
Jeste li zadovoljni informiranošću o predstojećim postupcima i intervencijama?	5 (0)	4,63 (0,7)	4,87 (0,3)	4,91 (0,3)	4,79 (0,5)	0,02
Jeste li ste zadovoljni dužinom vremena koje je medicinska sestra provela razgovarajući s Vama?	4,5 (0,7)	4,78 (0,5)	4,9 (0,3)	4,96 (0,3)	4,87 (0,4)	0,09
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše uobičajene navike?	5 (0)	4,73 (0,5)	4,9 (0,3)	4,85 (0,4)	4,82 (0,4)	0,24
Jeste li zadovoljni stručnim pristupom medicinske sestre prilikom primjene sestrinske skrbi?	5 (0)	4,86 (0,4)	5 (0)	4,96 (0,2)	4,93 (0,3)	0,15
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje medicinska sestra provodi na sestrinsku skrb uz Vas tijekom 24 sata?	4,5 (0,7)	4,84 (0,5)	4,94 (0,2)	4,87 (0,3)	4,87 (0,4)	0,39
Jeste li zadovoljni osiguranjem privatnosti prilikom primjene osobne higijene?	5 (0)	4,82 (0,5)	4,81 (0,5)	4,85 (0,4)	4,83 (0,5)	0,94
Jeste li zadovoljni pomoći medicinske sestre pri obavljanju Vaših dnevnih aktivnosti?	5 (0)	4,88 (0,4)	4,94 (0,2)	4,89 (0,3)	4,9 (0,3)	0,87
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše prehrambene potrebe?	5 (0)	4,71 (0,6)	4,94 (0,2)	4,93 (0,2)	4,85 (0,4)	0,02
Jeste li zadovoljni mogućnošću primjene Vaših religijskih potreba?	5 (0)	4,9 (0,3)	4,94 (0,2)	4,89 (0,4)	4,91 (0,3)	0,91
Jeste li zadovoljni omogućenom dužinom vremena za posjete?	4,5 (0,7)	4,96 (0,3)	4,9 (0,3)	4,87 (0,5)	4,91 (0,4)	0,25
Jeste li obaviješteni o Vašim pravima kao pacijenta?	5 (0)	4,67 (0,6)	4,87 (0,4)	4,89 (0,3)	4,8 (0,5)	0,09
Jeste li na Vaše upite medicinskoj sestri dobili razumljive odgovore koje ste shvatili?	5 (0)	4,9 (0,3)	4,94 (0,2)	4,93 (0,2)	4,92 (0,3)	0,89
Jeste li ste zadovoljni osiguranom dužinom vremena za mir i odmor?	5 (0)	4,94 (0,2)	5 (0)	4,98 (0,1)	4,97 (0,2)	0,48

*ANOVA

Bolesnici koji su na prijeoperacijskoj pripremi značajno su nezadovoljniji predstavljanjem medicinske sestre u odnosu na bolesnike koji su hospitalizirani zbog aplikacije radionuklidnih testnih i terapijskih doza ili zbog konzervativnog liječenja (Tablica 9.).

Tablica 9. Zadovoljstvo kvalitetom zdravstvene njege u odnosu na razlog hospitalizacije

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)			Ukupno	P*
	Aplikacija radionuklidnih testnih i terapijskih doza	Prijeoperacijska priprema	Konzervativno liječenje		
Jeste li zadovoljni Vašim prijemom pri dolasku na hospitalizaciju?	4,92 (0,3)	4,94 (0,3)	4,92 (0,3)	4,92 (0,3)	0,99
Jeste li ste zadovoljni predstavljanjem medicinske sestre?	4,89 (0,4)	4,81 (0,4)	4,94 (0,2)	4,89 (0,3)	0,03
Jeste li zadovoljni informiranošću o predstojećim postupcima i intervencijama?	4,78 (0,5)	4,69 (0,5)	4,83 (0,4)	4,79 (0,5)	0,75
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje je medicinska sestra provela razgovarajući s Vama?	4,85 (0,4)	4,94 (0,3)	4,9 (0,4)	4,87 (0,4)	0,13
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše uobičajene navike?	4,77 (0,5)	4,75 (0,4)	4,9 (0,3)	4,82 (0,4)	0,39
Jeste li zadovoljni stručnim pristupom medicinske sestre prilikom primjene sestrinske skrbi?	4,89 (0,4)	4,88 (0,3)	5 (0)	4,93 (0,3)	0,19
Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje medicinska sestra provodi na sestrinsku skrb uz Vas tijekom 24 sata?	4,89 (0,4)	4,75 (0,4)	4,9 (0,3)	4,87 (0,4)	0,06
Jeste li zadovoljni osiguranjem privatnosti prilikom primjene osobne higijene?	4,85 (0,5)	4,81 (0,4)	4,81 (0,4)	4,83 (0,5)	0,96
Jeste li zadovoljni pomoći medicinske sestre pri obavljanju Vaših dnevnih aktivnosti?	4,88 (0,4)	4,94 (0,3)	4,92 (0,3)	4,9 (0,3)	0,87
Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre za Vaše prehrambene potrebe?	4,83 (0,5)	4,81 (0,4)	4,88 (0,4)	4,85 (0,4)	0,91
Jeste li zadovoljni mogućnošću primjene Vaših religijskih potreba?	4,91 (0,3)	4,94 (0,3)	4,9 (0,4)	4,91 (0,3)	0,96
Jeste li zadovoljni omogućenom dužinom vremena za posjete?	4,92 (0,3)	4,94 (0,3)	4,88 (0,4)	4,91 (0,4)	0,88
Jeste li obaviješteni o Vašim pravima kao pacijenta?	4,83 (0,5)	4,69 (0,6)	4,79 (0,5)	4,8 (0,5)	0,74
Jeste li na Vaša pitanja medicinskoj sestri dobili razumljive odgovore koje ste shvatili?	4,92 (0,3)	4,81 (0,4)	4,96 (0,2)	4,92 (0,3)	0,30
Jeste li zadovoljni osiguranom dužinom vremena za mir i odmor?	4,97 (0,2)	4,94 (0,3)	4,98 (0,1)	4,97 (0,2)	0,87

*ANOVA

5. RASPRAVA

Zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom uslugom jedan je od glavnih ciljeva i kriterija koji nam ukazuju na razinu postignuća pokazatelja kvalitete te treba biti evaluirano percepcijom korisnika usluga (61). Percepcija kvalitete ovisi o nizu objektivnih, ali i psiholoških, socijalnih i demografskih čimbenika (62). Na kvalitetu zdravstvene skrbi i percepciju, odnosno zadovoljstvo ili iskustvo bolesnika, ne utječe samo kvaliteta rada pojedinoga zdravstvenoga radnika ili zdravstvene ustanove, već i kvaliteta organizacije zdravstvenoga sustava u cjelini pa je zadovoljstvo bolesnika našim radom rezultat svih tih čimbenika. Razinu osobnoga i kolektivnoga zadovoljstva našim radom određuje, osim općih karakteristika samoga bolesnika (obrazovanje, intelektualne sposobnosti materijalni i psihofizički status i sl.) i razina njegovih interakcija u zajednici, u kojima se i stvaraju mišljenja ili zauzimaju stavovi (63). Bolesnik mišljenja o našem radu stvara temeljem različitih subjektivnih, objektivnih, emocionalnih te racionalnih stavova i interakcija pojedinaca i zajednice u kojoj živimo i radimo.

Mjerenje iskustva bolesnika pomaže nam uočiti snage i slabosti sustava kvalitete u zdravstvu te potiče aktivnosti za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite. U anketnim upitnicima za mjerenje iskustava i zadovoljstva bolesnika određuju se područja mjerenja koja se procjenjuju kao važna i na kojima se pretpostavlja da postoji značajan prostor za poboljšanje, npr. komunikacija s bolesnicima i članovima njihovih obitelji, tretman bolesnika odnosom poštovanja, kontrola boli i primjena lijekova, ocjene zadovoljstva uslugom, higijenom, prehranom, privatnošću, informiranost bolesnika o njihovim pravima i sl. Navedenim metodama moguće je identificirati i rješavati probleme prije nego što postanu ozbiljna prijetnja u sustavu kvalitete zdravstvene zaštite (47).

Medicinska je sestra zagovornica prava pacijenta i ona brine da se pacijentu osigura primjerena skrb što zahtijeva ulaganje svakodnevnih napora da bi se pružila usluga prema profesionalnim standardima i svakom bolesniku individualno pristupilo. Medicinske sestre najbolje mogu vokalizirati prijedloge za poboljšanje, biti zagovornici bolje skrbi za bolesnike te poboljšati kvalitetu i pružanje zdravstvene skrbi. One su najbliže bolesniku, poznaju njegove probleme, uključene su u proces zdravstvene skrbi i na taj način mogu utjecati na promjene poboljšanja procesa kvalitete koje dovode do napretka zdravstvene njege. Medicinska je sestra radnica koji izravno pridonosi stupnju zdravlja svih pripadnika neke populacije (64). Medicinske su sestre strukovno obrazovane i osposobljene za rad te, uz neophodno obrazovanje, trebaju pratiti novosti u liječenju i tehnologiji kako bi sestrinski

postupci bili usklađeni sa standardiziranim procesima liječenja. Nužnost obrazovanja isticala je i Ernestine Wiedenbach, naglašavajući da je provođenje zdravstvene njege bez podupiranja teorije prazan pristup (64). Kontinuiranom edukacijom unaprjeđuje se kvaliteta zdravstvene njege i povećava učinkovitost u radu s bolesnicima te se održava i povećava njihova sigurnost.

U oblikovanju obrazovnih, praktičnih i odgojnih aktivnosti, sestinstvo u Republici Hrvatskoj nastoji pratiti moderne europske i svjetske trendove, polazeći od uloge medicinske sestre koja se temelji na definiciji zdravstvene njege Virginije Henderson. Henderson definira područje rada medicinske sestre u kojem je ona stručnjak, djeluje samostalno, ali i kao dio zdravstvenoga tima koji zajednički i usklađeno zbrinjava pacijenta. Cilj je postići brži oporavak i povratak samostalnosti pacijenta ili mirne smrti. Pojedinac o kojem brine medicinska sestra može biti bolesna ili zdrava osoba koja treba pomoć zadovoljavanja svojih osnovnih ljudskih potreba. Tada je pomoć medicinske sestre važan čimbenik u planiranju pomoći pojedincu jer medicinska sestra poznaje potrebe, mogućnosti i želje osobe (65).

Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene skrbi u postavljenih 15 pitanja 121 bolesnik (93%) ocijenio je najvišom ocjenom, a 117 (83%) predstavljanjem medicinske sestre. Informiranošću o predstojećim postupcima i intervencijama vrlo je zadovoljno 108 (83%), a 116 (89%) dužinom vremena koje je medicinska sestra provela razgovarajući s njima. Interesom medicinske sestre za njihove uobičajene navike izuzetno je zadovoljno 108 (83%) ispitanika.

Ispitivanje subjektivne percepcije kvalitete zdravstvene njege provedeno je u Poljskoj i Kanadi (66) nizom sličnosti dobivenih rezultata. Kvalitetu njege i usluge bolesnici su u Poljskoj ocijenili 4,06, a u Kanadi 4,04. Rezultati potvrđuju višu razinu zadovoljstva naših bolesnika, što upućuje na kvalitetniju zdravstvenu njegu, ali i pretpostavku da višedimenzionalna i kompleksna priroda kvalitete zdravstvene njege, u kombinaciji s činjenicom da brojni bolesnici nemaju dovoljno znanja za objektivnu procjenu ključnih elemenata usluge, otežava mjerenje percepcija i potreba bolesnika.

U provedenom istraživanju prije šest godina u Kliničkom zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja u Osijeku, vodeći izvori nezadovoljstva za bolesnike su obaviještenost o pravima bolesnika kao pacijenta, prosječnom ocjenom 4,70 kao i interes medicinske sestre za uobičajene navike bolesnika koji bolesnici ocjenjuju 4,77 u skupini muških ispitanika s 4,66.

U sadašnjem istraživanju 83,8 % bolesnika izuzetno je zadovoljno obaviještenosti o njihovim pravima kao pacijenata dok je 83% bolesnika izuzetno zadovoljno interesom medicinske sestre za njihove uobičajene navike.

Istraživanjem prije šest godina u istom Kliničkom zavodu u Osijeku, lošije je ocijenjena informiranost bolesnika o predstojećim postupcima i intervencijama 4,79, dužina vremena koje je medicinska sestra/tehničar provela/o u razgovoru s bolesnikom 4,84 te interes medicinske sestre/tehničara za prehrambene potrebe bolesnika 4,85. Navedeni indikatori lošije su ocijenjeni i u Poljskoj i u Kanadi (66). U Poljskoj je zadovoljstvo bolesnika pruženim informacijama (koliko jasno i cjelovito medicinska sestra/tehničar objašnjava testove i tretmane te što očekivati) ocijenjeno s 3,88, a u Kanadi s 3,93. Dostupnost informacija (spremnost medicinske sestre/tehničara da odgovori na pitanja) ocijenjena je s 3,96 u Poljskoj, a u Kanadi s 3,89. Uvažavanje mišljenja bolesnika (koliko često medicinska sestra/tehničar pita za bolesnikovo mišljenje, što je važno i daje mu izbor) u Poljskoj je ocijenjeno s 3,73, a u Kanadi s 3,40 (66).

Uspoređujući s dosadašnjim istraživanjima najnovije istraživanje pokazuje da je 83% bolesnika izuzetno zadovoljno informiranosti o predstojećim postupcima i intervencijama, dok je 86% bolesnika izuzetno zadovoljno interesom medicinske sestre za njihove prehrambene navike.

Osigurani noćni mir u istraživanju zadovoljstva bolesnika kvalitetom zdravstvene njege u Dublinu bolesnici ocjenjuju prosječnom ocjenom 3,31 (67). U istraživanju prije šest godina u istom Kliničkom zavodu u Osijeku navedeni indikator 0,8% bolesnika ocjenjuje tek dovoljnim (2), iako je ukupna prosječna ocjena 4,94, uz značajno niže zadovoljstvo muških ispitanika 4,79 osiguranom dužinom vremena za odmor.

Sadašnji rezultati pokazuju da je 96,9% bolesnika izuzetno zadovoljno dužinom vremena za mir i odmor.

Utvrđena je visoka razina zadovoljstva kvalitetom pruženih zdravstvenih usluga u Kliničkom zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja u Osijeku te je opravdanije govoriti kako su ispitanici nekim njenim segmentima tek malo manje zadovoljni nego nezadovoljni. Usporedimo li s vrlo sličnim istraživanjem provedenim u Irskoj, možemo zaključiti da je zadovoljstvo naših bolesnika kvalitetom pruženih zdravstvenih usluga slično zadovoljstvu bolesnika prikazanom u tom istraživanju iako se ova dva istraživanja ne mogu u potpunosti usporediti. U našem ispitivanju bolesnici su se izjasnili za vrijednosti 4,0 do 4,5 od najviše 5 bodova dok je u navedenom irskom istraživanju broj bodova iznosio 3,5 od

najviše 4 boda tako da zbog različite bodovne ljestvice navedeno istraživanje nije bilo moguće matematički uspoređivati.

U skladu s istraživačkim problemom u obradi podataka ispitane su razlike u zadovoljstvu pojedinim područjima primljene bolničke skrbi između bolesnika različitih sociodemografskih obilježja (dob, spol, stupanj obrazovanja, radni status i razlog hospitalizacije).

Zdravstvenu njegu treba promatrati iz bolesnikove perspektive. Smatra se da je primanje skrbi ključan aspekt procesa zdravstvene njege, posebice kada je riječ o bolesnoj djeci i osobama starije životne dobi, no ona je važna i za zdrave i odrasle ljude. Skrb uvijek podrazumijeva aktivan odnos pa Noddings smatra da je proces skrbi autentičan jedino onda kada ga je bolesnik sam odabrao i pristao na njega. S medicinskim setrama bolesnici uvijek najbolje reaguju u situacijama izmjene osjećaja i stavova. Mogućnost vrednovanja i povjerenje koje se stvaraju u takvim situacijama utječu na bolesnikovo samopouzdanje pa bolesnici postaju kreativni i aktivni u svom liječenju. Ciljevi, odlučivanje i djelovanje osoba koje sudjeluju u procesu liječenja i skrbi za bolesnika neosporno trebaju biti autonomni, ali istovremeno i komplementarni s jednim jedinstvenim ciljem, tj. najvišom razinom dobrobiti bolesnika (68).

Unatoč razlikama prikazanim u sličnim istraživanjima u Republici Hrvatskoj, rezultati ovoga istraživanja, ne pokazuju postojanje razlike između muškaraca i žena niti postojanje razlike s obzirom na životnu dob bolesnika i spol. Bolesnici od 41 do 50 godina značajno su bili nezadovoljni predstavljanjem medicinske sestre/tehničara u odnosu na druge dobne skupine. Bolesnici koji imaju viši stupanj naobrazbe razlog značajnog nezadovoljstva bio je prijem pri dolasku na hospitalizaciju u odnosu na ispitanike srednje stručne spreme ili nekvalificirane, radni status i razlog hospitalizacije.

Iako dobiveni rezultati istraživanja pokazuju da su bolesnici u Kliničkom zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja izuzetno zadovoljni u odnosu na postavljena pitanja, ima prostora za poboljšanje kvalitete u zdravstvenoj skrbi bolesnika. Za to je uvijek potrebna dodatna edukacija medicinskih sestara, stalno praćenje trendova u medicini i skrbi za pacijenta.

Sestrinstvo kao moralno relevantna praksa ne može biti definirano samo u terminima kognitivnih ili tehničkih kompetencija i vještina niti konceptima efikasnosti ili produktivnosti već kao poseban i specifičan odnos između bolesnika i medicinske sestre. Zdravstvenu njegu treba promatrati u svjetlu interaktivnoga odnosa između jedne (jedinственe) medicinske sestre i jednoga (jedinственoga) bolesnika. Smatra se da je

najvažnija karakteristika kvalitete zdravstvene njege odnos između osobe koja pruža skrb i osobe koja tu skrb prima (69).

Cilj rada medicinske sestre treba biti staviti bolesnika u situaciju u kojoj će sam moći utjecati na svoj život. Bolesnik treba vjerovati u pomoć medicinske setre koju mu ona pruža. Zdravstvena njega uvijek znači pomoć drugima da se razvijaju i poticanje njihovih sposobnosti. Istovremeno, skrb za bolesnika omogućava medicinskoj sestri razviti svoju autonomiju i samopoštovanje jer skrb za druge osobe jedan je od najvažnijih čimbenika koji utječe na osobni razvoj, odnosno samorealizaciju. Neki psiholozi smatraju da se neke osobe osjećaju potpunima tek kada pomažu drugima. Takve situacije treba oprezno promatrati jer postoji stara uzrečica koja kaže da onaj tko se ne može brinuti o sebi ne može brinuti ni o drugim osobama (70).

6. ZAKLJUČAK

Kontinuirano obrazovanje medicinskih sestara ima važnu ulogu u razvoju biomedicinske znanosti, stjecanju novih vještina i ponašanju zdravstvenih djelatnika. Kontinuiranom edukacijom unaprjeđuje se kvaliteta zdravstvene njege i povećava učinkovitost u radu s bolesnicima te se time održava i povećava njihova sigurnost. Unaprjeđenje kvalitete zdravstvene njege i funkcioniranje sustava upravljanja kvalitetom znači i promjenu načina razmišljanja radnika, odnosno stvaranje novoga stila i načina upravljanja u zdravstvenoj njezi. Edukacija je temelj promjena u ljudskoj djelatnosti pa tako i promjena u kvaliteti. Kvaliteta i sigurnost njege zajamčeni su jedino u okviru radne okoline koja pruža podršku i uz odgovarajuće osposobljeno osoblje. Stalnom i dodatnom edukacijom medicinske sestre svoj rad prilagodit će postavljenim standardima i indikatorima kvalitete u zdravstvenoj njezi, trajnim i sistematiziranim mjerenjem izvođenja postupaka i ishoda zdravstvene njege.

Jedno od osnovnih prava svakoga pacijenta je zadovoljstvo te se u skladu s tim svakom korisniku treba se osigurati kvalitetna njega koja poštuje osobne vrijednosti i dostojanstvo pojedinca, kulturu bolesnika. Mjerenje zadovoljstva bolesnika važan je dio društvene participacije u zdravstvenom sustavu.

Razvijanje sustava kvalitete neophodno je kako bi se pružila pouzdana skrb za bolesnike. Zahtijeva promjene ustaljenih vjerovanja i načina razmišljanja te razumijevanje vodstva zdravstvenih ustanova da kvaliteta treba postati poslovna strategija i temeljni princip rada.

Pružena skrb, bez obzira na svoju uspješnost, nije ostvarila svoj cilj, ako bolesnik njome nije zadovoljan (5).

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: izmjeriti zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene njege s obzirom na dob, spol, stupanj naobrazbe, radni status i razlog hospitalizacije

Nacrt studije: Presječna studija

Ispitanici i metode: U ispitivanju je sudjelovalo 130 (n=130) hospitaliziranih ispitanika, a provedeno je anonimnom anketom. Anketni upitnik za bolesnike sastoji se od 20 pitanja. Pet pitanja odnosi se na identificiranje sociodemografskih obilježja ispitanika (dob, spol, stupanj naobrazbe, radni status i razlog hospitalizacije), uz 15 istraživačkih pitanja Lickertova tipa (1 - loše, 2 - dovoljno, 3 - dobro, 4 - vrlo dobro i 5 - odlično), indikatora kvalitete, namijenjenih ispitivanju elemenata razine zadovoljstva bolesnika. U tu svrhu korišten je standardizirani Laschingerov HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) upitnik o zadovoljstvu pacijenata kvalitetom zdravstvene njege te NPSCC (Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire) upitnik, u tri tematske dimenzije u odnosu na Risserovu ljestvicu: interpersonalni odnos i povjerenje, edukacija i informiranost te tehničko-profesionalne kompetencije u sestrinstvu.

Rezultati: bolesnici su kvalitetu zdravstvene njege ocijenili izvrsnom ocjenom. Nešto nižu razinu zadovoljstva bolesnici iskazuju u odnosu na predstavljanje medicinske sestre, prijem pri dolasku na hospitalizaciju kao i na pitanje jesu li dobili razumljive odgovore na svoja pitanja.

Zaključak: Bolesnici su izuzetno zadovoljni kvalitetom pružene zdravstvene skrbi u Kliničkom zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja u Osijeku. Također, zadovoljni su odnosom s medicinskim sestrama i tehničarima. Postoje statistički značajne razlike s obzirom na dob, radni status, stručnu naobrazbu i razlog hospitalizacije. Prema spolu nema značajne statističke razlike.

Ključne riječi: Zadovoljstvo bolesnika, zdravstvena skrb, kvaliteta zdravstvene njega

8. SUMMARY

The aim of the research: to measure the patients` satisfaction with the quality of Healthcare according to age, gender, level of education, employment status and reason for hospitalization.

The draft of the study: Cross-sectional study

Examinees and methods: The research included one hundred and thirty (n=130) hospitalized examinees. The research instrument was an anonymous questionnaire. The questionnaire consisted of 20 questions; five questions refer to indentifying socio-demographic features (age, gender, level of education, employment status and reason for hospitalization), fifteen questions were Lickert type questions (1 – bad, 2 – satisfactory, 3 – good, 4 – very good, 5 – excellent), quality indicators designed for the study of elements of the patients` satisfaction level. The standardized Laschinger HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) questionnaire of patients` satisfaction with the quality of Healthcare was used for this purpose, as well as NPSCC (Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire) questionnaire in three thematic analysis according to the Risser scale: interpersonal relationship and trust, education and awareness and technical-professional competence in nursing.

Results: patients rated the overall Healthcare quality as excellent. Somewhat lower rating was expressed in representation of nurses, in reception upon arrival at the hospital and in getting clear answers to all of their questions.

Conclusion: Patients are extremely satisfied with the quality of the provided Healthcare in the Clinical hospital Osijek, Department of Nuclear Medicine and Radiation Protection. They are equally satisfied with the relationship with nurses and technicians. There are statistically significant differences in relation to age, employment status, level of education and the reasons for hospitalization, while there are no significant statistical differences by gender.

Key words: Satisfaction of patients, Healthcare, the quality of Healthcare

9. LITERATURA

1. Grol R, Wensing M, Mainz J et al. Patients in Europe evaluate general practice: an international comparison. *Br J Gen Pract.* 2000;50:882–7. Dostupno na adresi: <http://hrcak.srce.hr/file/36739>. Datum pristupa: 25.4.2018.
2. Pahlavanzadeh S, Asgari Z, Alimohammadi N. Effects of stress management program on the quality of nursing care and intensive care unit nurses Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2016; 21: 213-218.
3. Vuori H. Patient satisfaction does it matter. *Int J Qual Health Care* 1991;3:183-9.
4. Reck DL. Can and should nurses be aware of patients expectations for their nursing care? *Nurs Adm Quart.* 2013;37:109-115.
5. Eldar R., Vrsnoća medicinske skrbi: osnovni pojmovi i primjena u praksi. Zagreb, Medicinska naklada, 1. izdanje, 2003.
6. Donnabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-48.
7. Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospital in a developing country. *Soc Sci Med.* 2001;52:1359-70.
8. Reck DL. Patients expectations and satisfaction with nursing care, and their nurses awareness of their expectations. Pennsylvania State University. 2010.; Doktorska dizertacija
9. PDSA Cycle, Dostupno na stranici: <https://deming.org/management-system/pdsacycle>
Datum pristupa 21.04.2018.
10. Šiško Kuliš M., Mrduljaš Z. Gurui kvalitete, *Technical Gazette.* 2009.;16(3): 71-78
11. Šuman S., Pavletić D. TQM-Put do diferencijacije, *Eng.Rew.*2008.;28(2): 131-142.
12. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Michigan Health Administration Press. 1980.
13. Donabedian A. Evaluation the quality of medical care. *Milbank Mem Quart* 1966.; 44:166-249
14. Bewick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989.; 320: 53-56.
15. Batalden PB, Davidoff F. What is „quality improvement” and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 2-3.
16. Ogrinc GS, Headrich LA. Fundamentals of Health Care Improvement: a Guide to improving your patients care. Joint Commission, Illinois, USA, 2008.

17. Jha AK, Prasopa Plaizier N, Larizgoitia I i sur. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: 42-47.
18. Leape L., Berwick D., Clancy C. i sur. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 424-428.
19. de Vos M., Graafmans W., Kooistra M. i sur. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2009.; 21: 119-29.
20. Wyszewianski L. Quality of care: past achievements and future challenges. *Inquiry* 1988;25:13-22
21. Eldar R. Developments of models from improving othe quality of care in Europe. Presentid at the Seccond International Seminar on Quality Assurance in Health. Ministry of Health, Zagreb, Nov. 2001.
22. Eldar R. Quality of care improvement activities in countries of Central/Eastern Europe *Croat Med J* 2001; 4:692-695
23. Shaw CD, Kalo I. Background for national quality policy in health systems. WHO document 2002. [www.euro.who.int.document](http://www.euro.who.int/document).
24. Kotler P. Upravljanje marketingom. Zagreb, Mate 1997.
25. Injac N. Mala enciklopedija kvalitete. Upoznajmo normu ISO 9000, I dio Zagreb, Oskar 2001.
26. Leigh J. A., Douglas CH. A case study of a preceptorship programme in an acute NHS Trust – using the European Foundation for Quality Management tool to support clinical practice development. *J Nurs Manag.* 2005;13: 508 –518
27. International Society for Quality in Health Care. International accreditation toolkit. 2004. www.isqua.org/issue Datum pristupa: 29.4.2018.
28. Prlić N. Kvaliteta rada u sestrinstvu-nastavni tekstovi, Osijek. Diplomski studij sestrinstva, 2011.
29. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/11) Dostupno na stranici: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_11_124_2472.html Datum pristupa: 29.4.2018.
30. Šogorić S., Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.
31. Ostojić R., Bilas V., Franc S. Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske. Zagreb: Poslovna izvrsnost Zagreb. 2012.; str. 109.-126.

32. Kang G., James J. Service quality dimensions: an examination of Gronroos's service quality model. *Managing Service Quality*. 2004.;14:266-77
33. Werner, KM. Nursing s Role in Improving the Quality of Health Care. In:Chery,B.M Jacob, SR.,Contemporary Nursing.Missouri,St.Louis:Mosby;2005:467-491
34. Schroeder, P. Approach to nursing standards.Encyclopedia of nursing care quality:Vol.2. An Aspen publication 1991.
35. Plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite. *Narodne novine*; 114/2010. Dostupno na stranici: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_10_114_3014.html. Datum pristupa: 24.4.2018.
36. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN79/2011) Dostupno na stranici: https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html. Datum pristupa: 24.4.2018.
37. Mesarić J. Nacionalna konferencija „PATH 09.u Hrvatskoj“ 2009. (2 stranice) Dostupno na ULR adresi: <http://www.zdravstvo-kvaliteta.org/>. Datum pristupa: 27.4.2018.
38. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Projekt; Kategorizacija i akreditacija bolnica u Republici Hrvatskoj-Faza 1, Produkt 3; Kategorizacija i akreditacija: međunarodna iskustva. Zagreb 2005.
39. WHO. Regional office for Europa Development of standards of nursing practice. Norway 1982.
40. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Dostupno na adresi: <http://aaz.hr/kvaliteta> Datum pristupa: 29.4.2018.
41. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (NN 31/11)
42. AKAZ-Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine. Što su indikatori izvedbe http://www.akaz.ba/Index/sta_su_indikatori.htm. Datum pristupa: 30.4.2018.
43. Kalauz, S. Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi. Zagreb: Visoka zdravstvena škola Zagreb, 2010.
44. Sorić-Uranić A., Šimunec D., Snaga hrvatskog sestринства, Plavi fokus, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2006;2(2):4-10
45. Huber,D:Leadership and Nursing Care Management. (2nd ed.) Philadelphia: Saunders; 2000:609-633

46. Zakon o sestrinstvu. Narodne novine: 121/2003.,117/2008.,57/2011. Dostupno na stranici : https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1710.html Datum pristupa: 27.5.2018.
47. Kalauz, S. Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma. Zagreb. Pergamena, 2011.
48. Carr-Hill R. The measurement of patient satisfaction. J. Public Health Med 1992.; 14: 236-249 Dostupno na stranici: <http://www.tmg.org.rs>. Datum pristupa: 23.5.2018.
49. Donabedian A. Quality assurance in health care:consumers role.Qual Assur Hlth Care 1992;1:247-251
50. Bendsen P., Bjurulf P., Percived needs and patient satisfaction in relation to care provide din individuals with rheumatoid arthritis. Qual Assur Hlth Care 1993.; 5:243-253
51. Labarere J., Francois P., Auquier P. i sur. Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. Intl J Qual Hlth Care 2001.; 13:99-108
52. Salomon L,Gasquet I,Mesbah M,Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatient'opinion on quality of care Intl J Qual Hlth Care 1999.;11:507-516
53. Bruster S., Jarman B., Bosanquet N. i sur. Natioanl survey of hospital patients.Brit Med J 1994.;309:1542-1549
54. Health for all.List of Statistical Indicators. Regional Office for Europe. WHO,Copenhagen, 1993. Dostupno na : <http://hrcak.srce.hr>. Datum pristupa: 7.5.2018.
55. Mazzi B., Krčmar N., Gržalja N., Ferlin D., Ivančić A., Grgurev Z., Kroato V., Malnar M. Mišljenje pacijenata o našem radu element procjene u procjeni kvalitete. Dostupno na : <http://www.hdod.net>. Datum pristupa: 7.5.2018.
56. Marušić M. i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 4. izd. Udžbenik. Zagreb, Medicinska naklada, 2008.
57. Laschinger HS,Hall LM, Pedersen C., Almost J. A. psychometric analysis of the patient satisfaction with nursring care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction.J. Nurse Care Qual. 2005;20:220-30 komentar 1.
58. McDaniel C. Nach JG. Compendium of instrument measuring patient satisfaction with nursing careQual rev Bulletin. 1990.;16:182-188 komentar 2.
59. Risser NL.Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and htm nursing care in primary care settings.Nursing Res. 1975;24:79 komentar 3.
60. Ivanković D. i sur. Osnove statističke analize za medicinare. Zagreb. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1988.

61. Jenkinson C., Coulter A., Bruster S., Richards N., Chandola T. Patients experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 2002.;11:335-9 . Dostupno na: <http://hrcak,srce.hr/medicina> Datum pristupa: 28.6.2018.
62. Moscona RA, Holander L, Or D, Fodor L. Patient satisfaction and aesthetic results after pedicled transverse rectus abdominis muscle flap for breast reconstruction. *Ann Surg Oncol* 2006.;13:1739-46 . Dostupno na stranici: <http://hrcak.srce.hr/medicina>. Datum pristupa: 28.6.2018.
63. Kolundžić S., Kolonić Ostojić S. Mjerenje iskustva pacijenata - inicijativa za poboljšanje kvalitete. Dostupno na: www.hdkvaliteta.hr. Datum pristupa: 2.9.2015.
64. Fučkar G., *Proces zdravstvene njege*, Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
65. Čukljek S., *Proces zdravstvene njege - nastavni tekstovi*, Zagreb. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2006.
66. Ksykiewicz-Dorota A., Sierpinska L., Gorczyca R., Rogala-Pawelczyk G. Polish Version of Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ). *Prog Health Sci.* 2011; 1:51-6.
67. Kirwan M., RN4CAST Research in Team. Patient satisfaction with nursing and hospital care in Irish general hospitals: RN4CAST findings 2012. www.dcu.ie/snhs/pdfs/RN4CAST%20-%20Patient%20survey.pdf Datum pristupa: 28.6.2018.
68. Noddings N. *Caring: A feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1984.;72-4
69. Noddings N. *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1984.;9.
70. Mayeroff M. *On Caring*. New York: Harper & Row, 1971.;35

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Sanja Čakalić
Datum i mjesto rođenja: 14. rujna 1967., Osijek
Adresa: Bilje, 31327, Kneza Branimira 4
Telefon: 097 714 09 67
E - mail: sanja.cakalic@gmail.com

OBRAZOVANJE

2015. Medicinski fakultet u Osijeku, Sveučilišni diplomski studij sestrinstva
2008. Medicinski fakultet Osijek, Studij sestrinstva Osijek, razlikovna godina -
prvostupnica sestrinstva
1995. Viša medicinska škola Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu - Viša
medicinska sestra
1987. Medicinska škola, Osijek, smjer medicinska sestra

RADNO ISKUSTVO

1987.-1995. Medicinska sestra u odjelu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja
Osijek
1995.-2002. Glavna medicinska sestra Odsjeka za bolesti štitnjače u Odjelu za nuklearnu
medicinu i zaštitu od zračenja u Općoj bolnici Osijek
2002.-2009. Glavna medicinska sestra Odsjeka za bolesti štitnjače u Kliničkom odjelu za
nuklearnu medicinu zaštitu od zračenja Kliničke bolnice Osijek
2009.-2018. Glavna medicinska sestra Kliničkog odjela za bolesti štitnjače u Kliničkom
Zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja Kliničkog bolničkog
centra Osijek

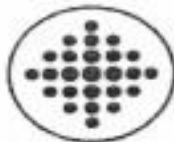
11. PRILOZI

Prilog 1. Odobrenje Etičkoga povjerenstva za istraživanje

Prilog 2. Obavijest ispitanicima o karakteru ankete

Prilog 3. Upitnik za bolesnike

Prilog 1. Odobrenje Etičkoga povjerenstva Kliničke bolnice Osijek



Klinički bolnički centar Osijek

Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih
sestara-tehničara za zdravstvenu njegu
Broj: R1-5796-3/2018.

Osijek, 06.04.2018.

Temeljem točke III Odluke o imenovanju Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara Kliničkog bolničkog centra Osijek na svojoj 6. sjednici održanoj 06.04.2018. godine pod točkom 3 dnevnog reda donijelo je slijedeću

ODLUKU

I.

Odobrava se Sanji Čakalić, studentici diplomskog studija Sestrinstvo na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo u Osijeku istraživanje pod nazivom: „Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom pruženih usluga zdravstvene skrbi u Kliničkom zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja“.

Mentor rada: prof.dr.sc. Ivan Karner, dr.med.

II.

Ova odluka stupa na snagu danom donošenja.

Predsjednica Povjerenstva za etička i staleška pitanja
medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu:
Nikolina Farčić, mag.med.techn.

O tome obavijest:

1. Sanja Čakalić
2. Pismohrana Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara

Prilog 2. Obavijest ispitanicima o karakteru ankete

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
STUDIJ SESTRINSTVA

DIPLOMSKI RAD

ZADOVOLJSTVO BOLESNIKA KVALITETOM PRUŽENIH USLUGA
ZDRAVSTVENE SKRBI U KLINIČKOM ZAVODU ZA NUKLEARNU MEDICINU I
ZAŠTITU OD ZRAČENJA

Poštovani!

Cilj ankete je prikupiti podatke o zadovoljstvu pacijenata o skrbi koju pružaju medicinske sestre/tehničari kao indikatoru kvalitete zdravstvene njege.

Podatci prikupljeni ovom anketom bit će osnova za izradu smjernica za trajno praćenje i unapređenje kvalitete zdravstvene njege u Kliničkom zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Upitnik je anonimn i dobrovoljan.

Zahvaljujem Vam na pomoći.

Sanja Čakalić, bacc. med. techn.

Prilog 3. Upitnik za bolesnike

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
STUDIJ SESTRINSTVA

DIPLOMSKI RAD

Zahvaljujem Vam na sudjelovanju u ispunjavanju anketnoga lista.

Na postavljena pitanja možete zaokružiti broj od 1 do 5. Broj 1 predstavlja najnižu razinu zadovoljstva, a broj 5 najvišu razinu zadovoljstva.

OPĆI PODATCI:

DOB:

SPOL: M Ž

OBRAZOVANJE: NK SSS VŠS VSS

RADNI STATUS: UČENIK - STUDENT
 ZAPOSLEN
 NEZAPOSLEN
 UMIROVLJENIK

RAZLOG HOSPITALIZACIJE: APLIKACIJA RADIONUKLIDNIH TESTNIH I
TERAPIJSKIH DOZA
 PRIJEOPERACIJSKA PRIPREMA
 KONZERVATIVNO LIJEČENJE

UPITNIK

1. Jeste li zadovoljni Vašim prijemom pri dolasku na hospitalizaciju?
1 2 3 4 5
2. Jeste li zadovoljni predstavljanjem medicinske sestre/tehničara?
1 2 3 4 5
3. Jeste li zadovoljni informiranošću o predstojećim postupcima i intervencijama?
1 2 3 4 5
4. Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje je medicinska sestra/tehničar provela/o razgovarajući s Vama?
1 2 3 4 5
5. Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre/tehničara za Vaše uobičajene navike?
1 2 3 4 5
6. Jeste li zadovoljni stručnim pristupom medicinske sestre/tehničara prilikom primjene sestrinske skrbi?
1 2 3 4 5
7. Jeste li zadovoljni dužinom vremena koje medicinska sestra/tehničar provodi na sestrinsku skrb uz Vas tijekom 24 sata?
1 2 3 4 5
8. Jeste li zadovoljni osiguranjem privatnosti prilikom primjene osobne higijene?
1 2 3 4 5
9. Jeste li zadovoljni pomoći medicinske sestre/tehničara pri obavljanju Vaših dnevnih aktivnosti?
1 2 3 4 5
10. Jeste li zadovoljni interesom medicinske sestre/tehničara za Vaše prehrambene potrebe?
1 2 3 4 5
11. Jeste li zadovoljni mogućnošću primjene Vaših religijskih potreba?
1 2 3 4 5
12. Jeste li zadovoljni omogućenom dužinom vremena za posjete?
1 2 3 4 5
13. Jeste li obaviješteni o Vašim pravima kao pacijenta?
1 2 3 4 5
14. Jeste li na Vaša pitanja medicinskoj sestri/tehničaru dobili razumljive odgovore koje ste shvatili?
1 2 3 4 5
15. Jeste li zadovoljni osiguranom dužinom vremena za mir i odmor ?
1 2 3 4 5