

Iva Lončarić*
Ana Stavljenić-Rukavina**

SIGURNOST BOLESNIKA KAO STANDARD KVALITETE U ZDRAVSTVU

Sažetak

Sigurnost bolesnika je važan element djelotvornog i učinkovitog zdravstvenog sustava u kojem prevladava kvaliteta. U kliničko bolničkim institucijama te ostalim ustanovama koje pružaju neki oblik zdravstvene skrbi, sigurnost bolesnika predstavlja način na koji se bolesnici i osoblje štite od pogrešaka, ozlijeđa, nesreća i infekcija. Od svih navedenih neželjenih događaja većinu čine padovi bolesnika, očekivano, uzimajući u obzir veliki broj intrinzičnih i ekstrinzičnih čimbenika rizika, a povezanih s bolesnikom i bolničkim okruženjem. Predvidivost i procjenjivost tih rizika te osjetljivost mjernih instrumenata kao što su *Morse FallScale*, *The St. Thomas Risk Assessment Tool in falling elderlyin patient* i *Hendrich II Risk Fall model*, omogućuju zdravstvenim djelatnicima kontrolu nad pojavom padova, čime pridonose sigurnijoj, a samim time i kvalitetnijoj praksi.

Ključne riječi: sigurnost bolesnika, zdravstvena skrb, padovi bolesnika, mjerni instrumenti, kontrola rizika

1. Uvod

Kvaliteta zdravstvene skrbi i bolesnikova sigurnost dio su profesionalne etike zdravstvenih djelatnika. Zdravstvena skrb odvija se prema modelu u kojem bolesnikova sigurnost i bolesnik u središtu predstavljaju područje prioriteta ne samo s medicinskog već i sa socioekonomskog aspekta. Sigurnost bolesnika višedimenzionalnan je standard u kvaliteti zdravstvene zaštite. Podložna promjenama u svojoj višedimenzionalnosti, bolesnikova sigurnost područje je koje zahtijeva razumijevanje, praćenje i razvoj.

* Iva Lončarić, univ. mag. admin. sanit.; dipl. physioth. Klinički Zavod za rehabilitaciju i ortopedska pomagala, Klinički bolnički centar Zagreb Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, iva.loncaric@kbc-zagreb.hr

** prof. dr. sc. Ana Stavljenić-Rukavina, dr. med., Libertas međunarodno Sveučilište, astavljenic@libertas.hr

Neželjeni događaj kao nenamjerna šteta nanosena bolesniku prilikom liječenja, izravan je pokazatelj razine bolesnikove sigurnosti. Unutar bolničke ili vanbolničke zdravstvene zaštite, neželjeni događaj prate promptno informiranje sudionika uz detaljnu analizu razloga i posljedica događaja te korektivno/preventivne radnje razvijene na temelju analize. Najčešći neželjeni događaji u kliničko bolničkim institucijama su padovi bolesnika i upravo oni čine većinu svih neželjenih bolničkih događaja. Osim posljedica za bolesnika, svaki pad predstavlja i mogućnost dodatnih materijalnih opterećenja te pravnih posljedica za ustanovu. Prevencija padova od posebne je važnosti u standardu sigurnosti bolesnika. U ovome preglednom radu prikazana je sigurnost bolesnika kao standard kvalitete zdravstvene zaštite s posebnim osvrtom na pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi.

2. Sigurnost bolesnika

Sigurnost bolesnika inherentna je komponenta u kvaliteti zdravstvene skrbi i područje od posebnog interesa zdravstvenog sustava. Poimanje bolesnikove sigurnosti podrazumijeva nastojanja i aktivnosti koje se poduzimaju kako bi svi postupci i okruženje u pružanju zdravstvene skrbi osigurali željeni ishod bolesnikova liječenja (Mesarić i Kaić-Rak, 2010). Iako se uz bolesnikovu sigurnost vežu mnoge definicije koje ističu izvješćivanje, analizu i prevenciju medicinskih pogrešaka i neželjenih događaja (isto) uključujući i one paramedicinske, još uvijek ne postoji jasno definirana međunarodna klasifikacija bolesnikove sigurnosti (Runciman et al., 2009). Smještena u širi kontekst kvalitete u zdravstvu bolesnikova sigurnost predstavlja najpouzdaniju mjeru kvalitete zdravstvenog sustava (Šklebar i Šklebar, 2010). Kao takva, predstavlja standard kvalitete (Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, 2011) jasno određen u definiciji i praksi u *Priručniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene*.

Američka agencija za istraživanje i kvalitetu u zdravstvu, AHQR (*Agency for Healthcare research and Quality*) definirala je skupinu pokazatelja kvalitete bolesnikove sigurnosti i podijelila ih je u dvije kategorije: 1. na razini pružanja zdravstveneskrbi tijekom boravka u bolnici i 2. na svim ostalim razinama zdravstvene zaštite izvan bolnice (Millar et al., 2004). Neželjeni događaj u direktnoj je vezi sa bolesnikovom sigurnosti. Članak 2. *Pravilnika o standardima kvalitete i zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene* (NN 79/2011) navodi kako je neželjeni događaj šteta nanosena lijekom ili nekom drugom intervencijom, a neki od neželjenih događaja (pokazatelja sigurnosti bolesnika) su stopa standardizirane bolničke smrtnosti, poslijeoperacijska infekcija rane, nedostatna higijena ruku, poslijeoperacijska plućna embolija ili duboka venska tromboza, poslijeoperacijsko krvarenje ili hematoma, neželjene nuspojave lijekova, poslijeoperacijski prijelom kuka, pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi i drugo. Po-

kazatelji bolesnikove sigurnosti prema definiciji AHQR jesu alati za mjerenje neželjenih događaja koji se javljaju u pružanju zdravstvene skrbi i koje je moguće spriječiti promjenama u sustavu (<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/fallpxtoolkit.pdf>). Kada se neželjen događaj dogodi, sustav mora osigurati: 1. informaciju o događaju svima onima koji su u to uključeni, 2. analizu o tome što se i zašto dogodilo, 3. učenje iz pogreške kako bi se ubuduće spriječila pojava istog ili sličnog slučaja (Evans et al., 2006; Conklin et al., 2008). U literaturi se mogu pronaći podaci o broju neželjenih događaja za različite populacije bolesnika i oblike zdravstvene skrbi (Mesarić i Kaić-Rak, 2010), a padovi bolesnika su najčešće prijavljivani neželjeni događaj u bolničkim ustanovama i čine oko 70% svih neželjenih bolničkih događaja (Krauss et al., 2005; Oliver et al., 2004).

2.1. Pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi

Padovi i njima uzrokovane ozljede su nerješiv problem u ustanovama zdravstvene skrbi (Hitcho et al., 2004; Oliver et al., 2004). Kod hospitaliziranih pacijentata, pad se definira kao neočekivano i nehotimično spuštanje na zemlju, pod ili neku drugu nižu površinu, a koje nije posljedica sinkope ili neke jake vanjske sile (Agostini et al., 2001). Pad se ujedno definira i kao medicinska greška koja predstavlja neuspjeh ili neizvršavanje planiranih postupaka, stoga sukladno definiciji, *Joint Comision on Accreditation of Hospital* (JCAHO) zahtijeva da se takva vrsta pogrešaka mora sistematski uklanjati iz bolničkih okruženja (Currie, 2006). Padovi mogu imati za posljedicu ozljede, ali su također povezani s depresijom i tjeskobom, gubitkom samopouzdanja te cijelim nizom stanja koja nastaju nakon pada (Benceković, 2008). Produženje hospitalizacije i povećani broj otpusta u ustanove dugotrajne institucionalne skrbi (Oliver et al., 2004; Green, 2005), smanjena kvaliteta života (Benceković, 2008) i ovisnost o tuđoj pomoći također su posljedice padova, a nerijetka posljedica je i smrt (Vuković-Kostić et al., 2015). Padovi u bolničkim ustanovama dovode do povećanja troškova liječenja i mogu imati pravne posljedice za ustanovu (Benceković, 2008; Vuković-Kostić et al., 2015), ali i zdravstvene djelatnike (Benceković, 2008). Padovi bolesnika unutar bolničke zdravstvene ustanove indikator su kvalitete koji podrazumijeva učestalost neočekivanog pada na pod za vrijeme hospitalizacije na 1000 dana ležanja (<http://www.nursingworld.org/readroom/fssafe99.htm>), a koji, prema *Pravilniku o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove* (NN 31/2011) bolnička zdravstvena ustanova mora mjeriti, analizirati i pratiti kao neželjeni događaj za bolesnike.

2.1.1. Postupak nakon pada u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi

Ukoliko se ne uspije na vrijeme spriječiti pad, potrebno je znati kako i na koji način postupiti ukoliko bolesnik padne. Odgovor na incident bolesnikova pada uključuje pružanje neposredne prve pomoći, srednju i dužu skrb te dokumentiranje

pada (<http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/attachments/754.pdf>). Pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi je neželjeni događaj i pokazatelj sigurnosti bolesnika (Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, 2011) i prema *Pravilniku o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove* (NN 31/2011) zahtijeva praćenje, analizu uzroka, provedbu popravni i preventivnih radnji te dostupnost i korištenje povratnih informacija.

Sustav osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite unutar bolničke zdravstvene ustanove omogućuje pravilno i pravovremeno izvješćivanje te dokumentiranje neželjenih događaja kroz sustav sigurnosti pacijenata i osoblja. Detalji izvještaja trebaju uključivati mehanizme pada, mjesto, vrijeme i okolnosti pada, dokaz o eventualnoj ozljedi ili gubitku svijesti, relevantne informacije o okolišu/prostoru, koje su strategije za rizik od pada bile na snazi u vrijeme pada i radnje poduzete u vezi s događajem (<http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/attachments/754.pdf>). Svi sudionici u neželjenom događaju (Evans et al., 2006; Conklin et al., 2008) uključujući bolesnika i obitelj moraju biti informirani o ishodu incidenta i revidirati plan skrbi s primopredajom bilješki, uključujući i sve ostalo osoblje koje sudjeluje u skrbi bolesnika. Odjel ili služba gdje se dogodio neočekivani neželjeni događaj mora analizirati moguće uzroke nastalog događaja i u roku od sedam dana pisano izvješće dostaviti pomoćniku ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor (Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, 2011).

Učenje iz pogreške omogućiti će da se ubuduće spriječi pojava istog ili sličnog slučaja (Evans et al., 2006; Conklin et al., 2008) i da se održi njegova poželjna – što niža razina. U skladu s tim, potrebno je osigurati dostupnost relevantnih preporuka i edukaciju za osoblje, bolesnika i obitelji o upravljanju rizicima od pada (<http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/attachments/754.pdf>). Zdravstvena ustanova dužna je Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu dostaviti izvještaj o neželjenim događajima u skladu s važećim zakonskim propisom (Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, 2011).

2.2. Čimbenici rizika za pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi

Čimbenici rizika za nastanak pada u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi su mnogobrojni. Padovi su posljedica brojnih činitelja zdravstvenog stanja bolesnika, reakcije na liječenje, infrastrukture i sigurnosti bolničkog okoliša (Medved i Vujanić, 2014), stoga su primjereni pokazatelj sigurnosti bolesnika unutar zdravstvene ustanove. Opći faktori rizika za pad prema *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) su prijašnji padovi, upotreba invalidskih kolica, dob iznad 65 godina, žene starije dobi, proteza donjih ekstremiteta, upotreba pomagala za kretanje (hodalice, štaka) (<http://nursing-diagnosis-intervention.blogspot.hr/2013/04/nanda-risk-for-falls-nursing-diagnosis.html>). Uz njih postoje brojni fiziološki kao i faktori okoliša/okoline.

Brojni autori smatraju da je smetenost jedan od najznačajnijih čimbenika rizika za pad (Hendrich et al., 2003), a upravo smetenost odgovara blažem poremećaju svijesti (Benceković, 2008) koja može biti uzrokovana uzimanjem (Nesek Adam, 2012) i promjenom lijekova (Vuković-Kostić et al., 2015) ili susprezanjem od njih (Nesek Adam, 2012). Smanjena pokretljivost bolesnika kao posljedica bolesti ili primjene terapije ograničava aktivnosti i potrebe bolesnika. Mnogi bolesnici padaju prilikom ustajanja iz kreveta i izvode aktivnosti bez traženja pomoći (Hitcho et al., 2004), što potvrđuje i činjenica da je većina padova povezana s obavljanjem higijenskih i eliminacijskih potreba (Fonda et al., 2006). Funkcionalne sposobnosti te kronične bolesti stanja (hipoglikemija, hipotenzija, vrtoglavice) (Medved i Vujanić, 2014) kao i samo stanje indikacije za prijem u bolnicu (<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/fallpxtoolkit.pdf>) i hospitalizaciju, osobitosti su svakog bolesnika koji predstavljaju potencijalni rizik.

Čimbenici okoliša/okoline mogu uključivati slabo osvjetljenje u bolesničkim sobama, skućen prostor i udaljenost kupaonica, smještaj u krevetima bez kočnica (visok krevet) i bez zaštitnih ograda te udaljenost noćnog ormarića, neadekvatne površine za kretanje te njihovo održavanje uz korištenje neprikladne odjeće i obuće (Medved i Vujanić, 2014), signalizacija udaljena od kreveta i neupućenost bolesnika u korištenje signalizacije (Vuković-Kostić et al., 2015).

Uz mnogobrojne uzročne čimbenike koji su prisutni kod bolesnika, one osobne i okolišne, u literaturi se kao mogući čimbenici navode i smanjenje broja sestričkog osoblja, njihova radna preopterećenost, nadomještanje sestara manje educiranom ijeftinijom radnom snagom (Aiken, 2005), nedostatak pomagala za kretanje (Hitcho et al., 2004; Currie, 2006) i slično. Trideset do 51 % padova u bolnicama rezultira nekom vrstom ozljede (Oliver, 2010) stoga je nužno poznavati čimbenike rizika, prikazane u nastavku rada, kao i mogućnost njihove procjene

2.2.1. Procjena rizika za pad

Rizik od pada definira se kao „stanje povećane osjetljivosti za pad i nastanak tjelesnih ozljeda” (Ackley, 2006). *Joint Commission International* (JCI) „Smanjenje rizika od štete za bolesnika uzrokovane padom” posebno ističe unutar standarda sigurnosti akreditacijskog priručnika za bolnice (<http://110.164.68.234/tqm/images/stories/files/standard2.pdf>). Procjena rizika za pad važan je instrument za kontrolu kvalitete rada, a nastojanja da se neželjeni događaj kao što su padovi bolesnika tijekom hospitalizacije reduciraju, uključuju razvoj te korištenje instrumenata za procjenu i identifikaciju bolesnika pod rizikom (Vuković-Kostić et al., 2015). Najčešće korišteni instrumenti za procjenu rizika od pada su *Morse Fall Scale* (MFS), *the St. Thomas Risk Assessment Tool in falling elderly inpatients* (STRATIFY) i *Hendrich II Risk Fall model* (HFRM II) (Currie, 2006; Hendrich et al., 2003).

MFS procjenjuje šest područja u kojima je potencijalan rizik od pada: (i) prijašnji padovi, (ii) sekundarne dijagnoze, (iii) pomagala za kretanje/samozbrinjavanje, (iv) intravenozna terapija, (v) hod/stav/premještanje i (vi) mentalni status (Schwendimann et al., 2006). Raspon rezultata kreće se od 0 do 125 (32), a rizik od pada veći je analognu višem rezultatu na ljestvici (Vuković-Kostić et al., 2015).

STRATIFY instrumentom odgovara se na pet pitanja: (i) povijesti prijašnjih padova, (ii) mentalnog statusa, (iii) slabovidnosti, (iv) čestih eliminacijskih potreba i (v) transfera i mobilnosti, s rezultatom niskog (0 bodova), srednjeg (1 bod) i visokog rizika od pada (2<bodova) (Oliver et al., 1997). Bodovanje se na temelji postojećim saznanjima o pacijentu i traje oko 1 minutu (Smith et al., 2005). Prema AHRQ, instrument služi za procjenu rizika od padova kod hospitaliziranih pacijenata i nužno ga je koristiti uz klinički pregled i kontrolu lijekova (<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/fallpxtoolkit.pdf>).

HFRM II procjena dizajnirana je za brzu administrativnu upotrebu i fokusira se na osam nezavisnih faktora rizika za pad: (i) konfuznost, dezorijentacija, (ii) simptomatska depresija, (iii) promjenjene u eliminacijskim potrebama, (iv) vrtoglavice, vertigo, (v) spol, (vi) lijekovi (promjena lijekova i doziranje), (vii) kontrola benzodiazepina, (viii) izvedba ustajanja iz sjedećeg u stojeći položaj (*Get Up and Go Test*) (Hendrich, 2007). Procjenjuju se intrinzični faktori kao uzrok padova koje je moguće predvidjeti i prevenirati (Hendrich, 2006). Svaki od faktora nezavisan je, bodovno određen i kao takav ima svoju težinu, a zbrojem bodova svih faktora, definira se stupanj rizika; pacijent je bez rizika (0 bodova) ili je on visok (5<16 bodova maksimalno) (Hendrich, 2007).

Meta-analiza pokazuje da je prema osjetljivosti i specifičnosti instrumenta procjene STRATIFY najpouzdaniji alat, a slijede ga MFS te HFRM II, no njihova adaptivnost varira analognu obilježjima populacije i okruženja/okoline stoga je prije implementacije nužno provjeriti njihovu primjenjivost (Aranda-Gallardo et al., 2013) u datim uvjetima. Procjena okoline/okoliša u zdravstvenoj ustanovi važan je dio identifikacije rizika. Bolničko okruženje direktno utječe na učestalnost padova (isto). Ekstrinzični faktori rizika uključuju postojanje/nepostojanje zaštitnih ograda na krevetima, težinu i stabilnost bilo kojeg oblika sjedišta (uključujući toalet) i prepreke u obliku kliničkog namještaja i opreme (Connell et al., 1996). Sama hospitalizacija predstavlja nepoznatu okolinu i može povećati već postojeći rizik ili generirati novi (Aranda-Gallardo et al., 2013). U medicinskom kartonu / povijesti bolesti bolesnika / sestrinskoj dokumentaciji treba dokumentirati: procjenu rizikaza pad, ponašanje bolesnika, primijenjene intervencijete odgovore bolesnika na primijenjene intervencije (Medved i Vujanić, 2014). Procjenu rizika od pada treba izvršiti prilikom prijema i periodično tijekom hospitalizacije (Vuković-Kostić et al., 2015).

Iako je procjena faktora rizika od pada jedna od mnogih intervencija i nije jednostavno izolirati njene specifičnosti, Cochrane pregled pokazuje da multifaktorijal-

ne intervencije reduciraju učestalost padova u bolničkim ustanovama (Cameron et al., 2010). Ključ za profesionalno procjenjivanje rizika za pad uz liječnike, veliku ulogu imaju medicinska sestra, fizioterapeut i radni terapeut koji mogu vršiti procjenu sigurnosti bolesnikovog okruženja, a osim uočavanja potrebnih elemenata za promjenu, kao stručnjaci mogu predložiti pomoćne i mobilne uređaje ukoliko je potrebno (Vuković-Kostić et al., 2015). Da bi se ostvarila procjena u cilju prevencije visoke kvalitete, nužna je interdisciplinarna suradnja i visoka razina koordinacije koja zahtijeva organizacijsku kulturu i radnu praksu koja promiče timski rad te otvorenu komunikaciju (<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/fallpxtoolkit.pdf>).

2.3. Mjere za unaprjeđenje prakse

Obaveza je i dužnost svih zdravstvenih djelatnika prema bolesnicima i ustanovi u kojoj su zaposleni da poduzimaju maksimalne napore u svrhu prevencije neželjenih događaja (Benceković, 2008) vodeći se primjerima dobre prakse i zakonskim odredbama nadležnih tijela za kvalitetu u sustavu zdravstva. Mjere za unaprjeđenje prakse temelje se na dokazima, a uključuju sustavnu procjenu rizika za pad i ozljede, implementaciju i evaluaciju programa prevencije pada i ozljeda, mnogostruke intervencije, suradnički multidisciplinarni pristup, edukaciju osoblja, bolesnika, uključivanje obitelji, porast svijesti osoblja, naglašavanje važnosti nadzora pada, prikupljanje podataka, analizu trendova, izvještavanje opadovima na timskim sastancima, promjene u okolini, pomagala za kretanje (Fonda et al., 2006) i drugo. Treba analizirati dosadašnju praksu, pronaći nedostatke i ukloniti ih, a u poboljšanju kvalitete mogu se koristiti primjeri dobre prakse koji se navode u literaturi i imaju dokazanu učinkovitost (Benceković, 2008). Model najbolje prakse uključuje holistički pristup bolesniku (Vuković-Kostić et al., 2015), a da bi njegova sigurnost u bolnici bila veća, odnosno da bi cilj bio postignut, potrebne su i promjene unutar strukture i procesa (Benceković, 2008) kojima moraju težiti svi koji zastupaju interese bolesnika i ustanove u kojima rade. Fokus cijelog sustava potreban je za unaprjeđenje prakse prevencije i provedbe potrebnih promjena (<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/fallpxtoolkit.pdf>) počevši od obrazovnog (teorijskog) do zdravstvenog (praktičnog).

3. Zaključak

Sigurnost bolesnika najpouzdanija je mjera kvalitete zdravstvenog sustava. Neželjeni događaji unutar bolničke zdravstvene ustanove pokazatelj su bolesnikove sigurnosti, a padovi bolesnika čine oko 70 % svih neželjenih bolničkih događaja. Sustav osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite unutar bolničke zdravstvene ustanove omogućuje pravilno i pravovremeno izvješćivanje te dokumentiranje neželjenih događaja kroz sustav sigurnosti pacijenata i osoblja. Detalji izvještaja uključuju mehanizme

pada, mjesto, vrijeme i okolnosti pada, dokaz o eventualnoj ozljedi ili gubitku svijesti, relevantne informacije o okolišu/prostoru, koje su strategije za rizik od pada bile na snazi u vrijeme pada i radnje poduzete u vezi s događajem. Svi sudionici u neželjenom događaju uključujući bolesnika i obitelj moraju biti informirani o ishodu incidenta, a odjel ili služba gdje se dogodio neočekivani neželjeni događaj mora analizirati moguće uzroke nastalog događaja i u zadanom roku izvješće dostaviti vodećoj službi za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor. Učenje iz propusta, tj. pogreške, ukoliko se ono doista ostvari, spriječit će ponovnu pojavu istog ili sličnog neželjenog događaja. Analizom pogreške moguće je izabrati primjerene preventivne metode i alate kako bi daljnju praksu učiniti sigurnijom, a time i kvalitetnijom. Procjena rizika za pad koja uključuje intrinzične i ekstrinzične faktore važan je instrument za kontrolu kvalitete rada, a nastojanja da se neželjeni događaj kao što su padovi bolesnika tijekom hospitalizacije reduciraju uključuju razvoj te korištenje instrumenata za procjenu i identifikaciju bolesnika pod rizikom.

Analizom dosadašnje prakse nužno je pronaći nedostatke i ukloniti ih, vodeći se mjerama unapređenja zasnovanim na temeljima dobre prakse i zakonskim odredbama nadležnih tijela za kvalitetu u sustavu zdravstva. Promjene unutar strukture i procesa nužne su u postizanju kvalitete zdravstvene skrbi i predstavljaju prosperitet za bolesnika, sve koji zastupaju njegove interese i ustanove u kojima rade.

Literatura

1. Ackley, Elizabeth i Ladwig, Gail. 2006. *Nursing diagnosis handbook: a guide to planning care*, sedmo izdanje. Mosby.
2. Agostini, Joseph et al. 2001. Prevention of falls in hospitalized and institutionalized older people. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*, 43: 281–300. <https://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap26a.htm>.
3. Aiken, Linda. 2005. Improving Quality through Nursing. U: *Policy Challenges in Modern Health Care*, ur. Mechanic, David et al., 177–188, Rutgers University Press, 2005.
4. Aranda-Gallardo, Marta et al. 2013. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Central Health Services Research*, 13: 122.
5. Benceković, Željka. 2008. Analiza indikatora kvalitete zdravstvene njege na Internoj klinici. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 4 (14). <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1065/1023>.
6. Cameron, Ian Douglas et al. 2010. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *The Cochrane database of systematic reviews*, 20 (1). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091578>.
7. Conklin, Annalijn et al. 2008. *Improving Patient Safety in the EU. Assessing the expected effects of three policy areas for future action*. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf.
8. Connell, B. R. 1996. Role of the environment in falls prevention. *Clinics in Geriatric Medicine*, 12 (4): 859–880.

9. Currie, Leanne. 2006. Fall and injury prevention. *Annual Review of Nursing Research*, 24: 39–74.
10. Evans, Susan Margaret et al. 2006. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (1): 39–43.
11. Fonda, David. 2006. Sustained reduction in serious fall related injuries in older people in hospital. *The Medical Journal of Australia*, 184 (8): 379–382.
12. Green, Ann. 2005. Toward Predictive Model of Patient Satisfaction with Nurse Practitioner Care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17 (4): 139–148.
13. Hendrich, Ann. 2003. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large conrruent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing research*, 16 (1): 9–21.
14. Hendrich, Ann. 2006. *Inpatient falls: lessons from the field*. *Patient Safty and Quality Helathcare*. <http://www.psqh.com/mayjun06/falls.html>.
15. Hendrich, Ann. 2007. Predicting Patient Falls: Using the Hednrich II Fall Risk Model in clinical pratice. *The American Journal of Nursing*, 11: 50–58.
16. Hitcho, Eileen et al. 2004. Characteristic and Circumstances of Falls in Hospital Setting. *Journal of General Internal Medicine*, 19 (7): 732–739.
17. Krauss, Melissa J. et al. 2005. A case-control study of patient, medication and care-related risk factors for inpatient falls. *Journal of General Internal Medicine*, 20 (2): 116–122.
18. Lancaster, Ava D. et al. 2007. Preventing and eleminating injury at ascension health. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33 (7): 367–375.
19. Medved, Marija i Vujanić, Josipa. 2014. Prevencija pada u bolničkih bolesnika. *Reumatizam*, 61 (2): 156.
20. Mesarić, Jasna i Kaić Rak, Antoinette. 2010. Bolesnikova sigurnost, bolesnik u središtu i programi Svjetske zdravstvene organizacije. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 16 (86): 9–12.
21. Millar, John et al. 2004. *Selecting indicators for patient safty at the health systems level in OECD countries*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/33878001.pdf>.
22. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove. 2011. *Narodne Novine*, 31. http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_03_31_704.html.
23. Morse, Janice et al. 1989. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8 (4): 366–377.
24. Neseek Adam, Višnja. 2012. Promjene mentalnog stanja bolesnika u Jedinici intenzivnog liječenja. *Acta Medica Croatica*, 66 (1): 3–6.
25. Oliver, David et al. 1997. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *British Medical Journal*, 315 (7115): 1049–1053.
26. Oliver, David et al. 2004. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a sistematic review. *Age and ageing*, 33 (2): 122–130.
27. Oliver, David et al. 2010. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26 (4): 645–692.
28. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu. 2011. http://aaz.hr/sites/default/files/prirucnik_o_standardima_kvalitete_zdravstvene_zastite_i_nacinu_njihove_primjene_0.pdf.
29. Runciman, William et al. 2009. Towards an International Classification for Patient Safty: key components and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, 21 (1): 18–26.

30. Schwendimann, Rene et al. 2006. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalized patients. *Age and Ageing*, 35 (3): 311–313.
31. Smith, Jane et al. 2005. Use of the 'STRATIFY' falls risk assessment in patients recovering from acute stroke. *Age and Ageing*, 35 (2): 138–143.
32. Šklebar, Ivan i Šklebar, Duška. 2010. Procjena kulture bolesnikove sigurnosti. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 16 (86): 157–161.
33. Vuković-Kostić, Živana et al. 2015. The importance of nurses documentation at risk assessment for all of the patient in hospital environment. *Inspirium*, 14: 45–50.

Internetski izvori

34. American Nurses Association. Nursing Sensitive Quality Indicators for Acute Care Settings and ANA's Safety & Quality Initiative. 2007. <http://www.nursingworld.org/readroom/fssafe99.htm>.
35. Post-Fall Management Guidelines in WA Healthcare Settings. Falls Prevention Health Network. 2015. <http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/attachments/754.pdf>.
36. NANDA Risk for Falls Nursing Diagnosis. North American Nursing Diagnosis Association. 2013. <http://nursing-diagnosis-intervention.blogspot.hr/2013/04/nanda-risk-for-falls-nursing-diagnosis.html>.
37. Preventing Falls in Hospitals. A Toolkit for Improving Quality of Care. Agency for Healthcare Research and Quality. 2013. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/fallpxtoolkit.pdf>
38. Joint Commission International Accreditation Standards for hospitals. 2010. <http://110.164.68.234/tqm/images/stories/files/standard2.pdf>.



Patient security as a standard of quality in health care

Abstract

Patient safety is an important element of an effective and efficient healthcare system that prevails in quality. In clinical hospital institutions and other constitutions that provide some form of health care, "patient safety" is a way of protecting patients and staff from mistakes, injuries, accidents and infections. Of all the above-mentioned adverse events, patients falls are most common and expected, taking into account a large number of intrinsic and extrinsic risk factors associated with the patient and the hospital environment. The predictability and evaluability of these risks and the sensitivity of measuring instruments such as the *Morse Fall Scale*, *The St. Thomas Risk Assessment Tool in falling elderly inpatient*, and the *Hendrich II Risk Fall model*, allow healthcare workers to control the occurrence of falls, thus contributing to a safer and more quality practice.

Keywords: patient security, health care, falls of patients, measuring instruments, risk control