

Analiza indikatora kvalitete zdravstvene njege na Internoj klinici (2. dio)

Željka Benceković

Klinička bolnica "Sestre milosrdnice", Zagreb

Sažetak

Cilj i svrha: na osnovu analize indikatora kvalitete zdravstvene njege dobiti uvid u kvalitetu određenih područja rada medicinskih sestara, te identificirati područja i načine za poboljšanje kvalitete.

Objašnjenje: djelatnici u sustavu zdravstva suočeni su s potrebom unaprjeđenja kvalitete i povećanjem sigurnosti bolesnika. To je obveza i medicinskih sestara, a razlozi koji ih na to potiču su brojni. Koristan alat koji pomaže medicinskim sestrama u procjeni kvalitete zdravstvene njege, ali i u praćenju nastojanja usmjerenih njezinom unaprjeđenju, su indikatori kvalitete. U ovu analizu su uključeni indikatori koji se odnose na tri važna područja u radu medicinskih sestara, a to su: zbrinjavanje boli, edukacija/informiranost i prevencija padova.

Metode: kako bi se kvaliteta pretvorila u mjerljive pokazatelje izrađeni su upitnici za procjenu zadovoljstva bolesnika zbrinjavanjem boli i edukacijom/informiranošću. Analiza padova napravljena je na osnovu "Sestrinskog izvješća nakon pada". Za potrebe istraživanja su napravljeni i standardi zbrinjavanja za navedena područja. Upitnik je proveden na bolesničkim odjelima i poliklinikama Interne klinike, KB "Sestre milosrdnice". Pitanja su se odnosila na zadovoljstvo općenito i zadovoljstvo postignućem pojedinih dijelova standarda. Promatrano je i kako na zadovoljstvo bolesnika djeluju i određene karakteristike bolesnika. Izvršena je i analiza padova o kojima je pisanim putem izvješteno, te izvršena usporedba 2002. i 2006.godine Statističkom analizom dobivene su srednje vrijednosti i raspršenja, a testirane su i povezanosti.

Rezultati: utvrđena je prisutnost česte boli, svakodnevne boli, i boli snažnog intenziteta. Vezano uz zadovoljstvo bolesnika utvrđeno je da je ono ispod prihvatljive granice, a ispod nje je i zadovoljstvo postignućem pojedinih dijelova standarda zbrinjavanja boli od strane medicinskih sestara. To je posebno vezano za uključivanje bolesnika u skrb i njegovo informiranje, procjenu boli i učinaka provedenih postupaka. U edukaciji/informiranju bolesnika ispod prihvatljive granice je zadovoljstvo korištenjem pomagala, uvjetima u kojima sestre provode edukaciju, uključivanjem bolesnika u proces edukacije, te provjerom naučenog. U slučaju padova, uočen je trend smanjivanja broja padova, ali je došlo do porasta ozljeda. Potvrđena je prisutnost određenih čimbenika rizika, te trendovi i okolnosti u kojima je došlo do pada, a analizirane su i provedene preventivne mjere.

Zaključak: na osnovu analize indikatora dobiven je uvid u kvalitetu određenih područja rada medicinskih sestara. Potrebno je izvršiti dodatne analize, te pronalaziti mjere za unaprjeđenje kvalitete. Kao sudionici u zbrinjavanju bolesnika medicinske sestre moraju težiti unapređenju kvalitete, povećanju zadovoljstva bolesnika i sigurnosti u bolnicama. Za to su im potrebni indikatori kvalitete zdravstvene njege.

ključne riječi: medicinske sestre, indikatori kvalitete, bol, edukacija/informiranost, padovi

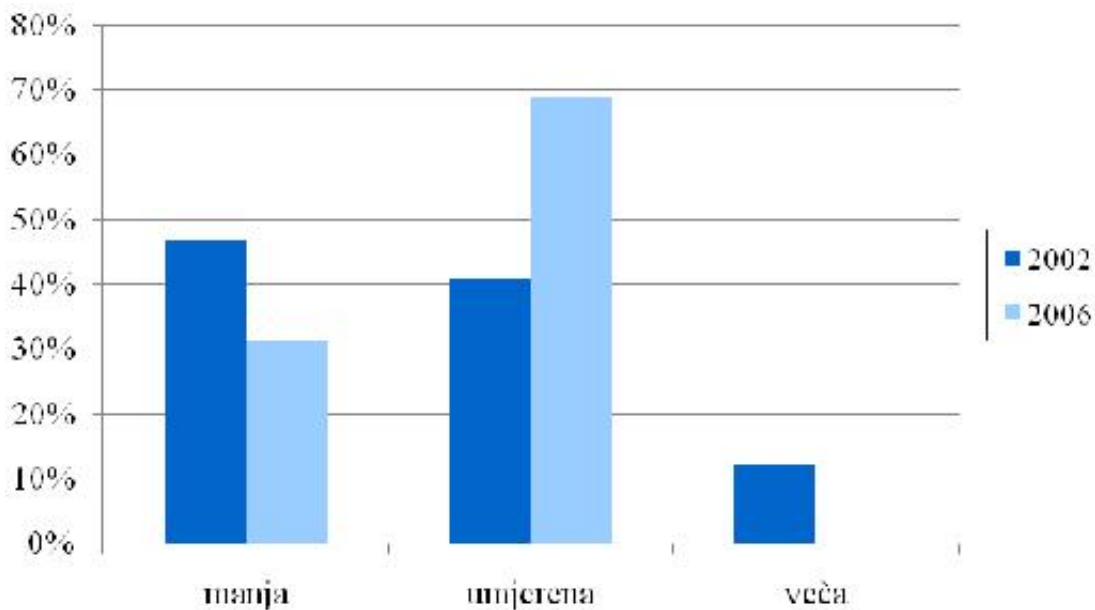
Napravljena je analiza padova bolesnika. U analizu su uključeni svi padovi koji su prijavljeni na Internoj klinici u razdoblju od 1.1.2002. godine do 1.1.2007.godine. Na osnovu sestrinskog izvješća o padu dobiveni su demografski podaci o bolesniku, neki od čimbenika rizika koji su bili prisutni, okolnosti i posljedice pada kao i provedene preventivne mjere. Uspoređivani su padovi koji su prijavljeni na Internoj klinici 2002. i 2006. godine.

Slika 5. Učestalost padova u promatranom razdoblju (2002-2007.)



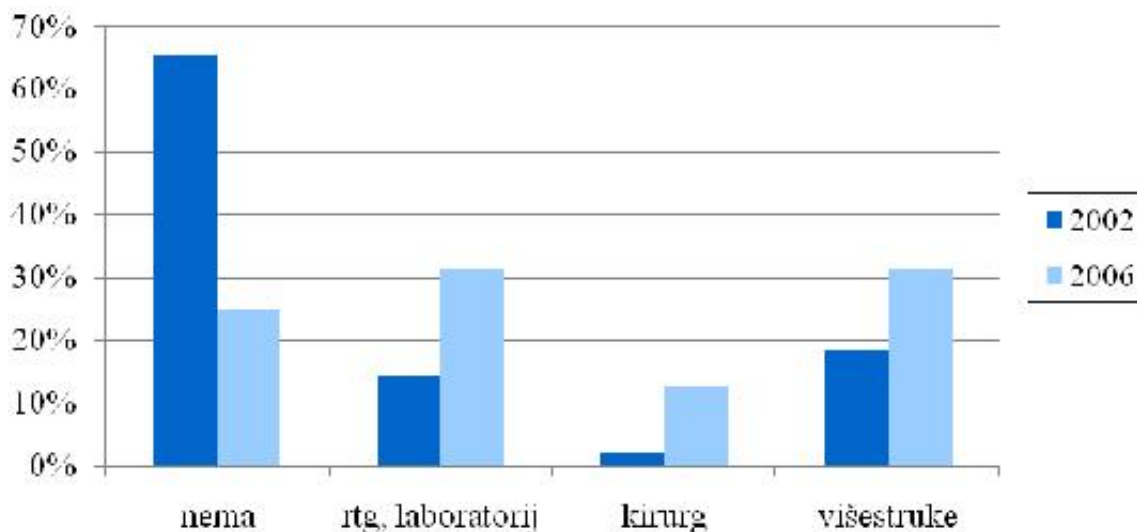
2002. godine učestalost padova na Internoj klinici bila je 0,74 pada na 1000 dana ležanja bolesnika, 2006. je bila 0,23. Iz prikaza je vidljivo da je došlo do smanjenja stope padova kroz 5 godina.

Slika 6. Raspodjela bolesnika s obzirom na jačinu ozljeda



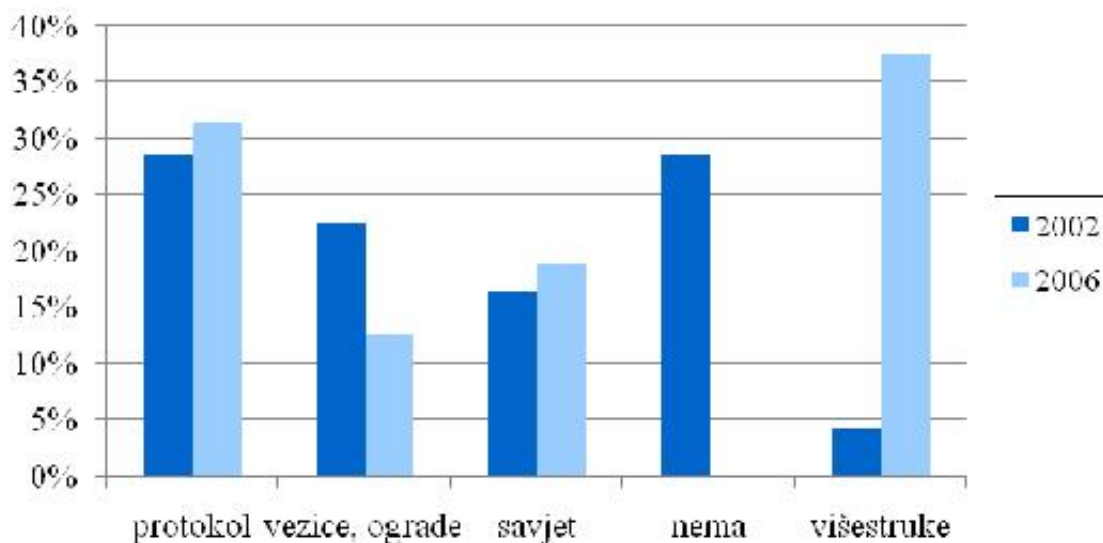
Veliki broj padova rezultirao je ozljedama. 2002. godine bilo ih je 53 %, a 2006. čak 68 %. Prevladavale su umjerene ozljede (47,7 %) i manje ozljede (43,1 %), ali nije zanemariv ni postotak težih ozljeda (9,2 %). Veći postotak težih ozljeda bio je u 2002. (12,0 %), dok 2006. nije zabilježena niti jedna teža ozljeda. Hi kvadrat test nije dokazao statističku značajnost ($\chi^2=4,622$; $df=2$; $p=0,092$).

Slika 7. Raspodjela ispitanika s obzirom na provedene pretrage



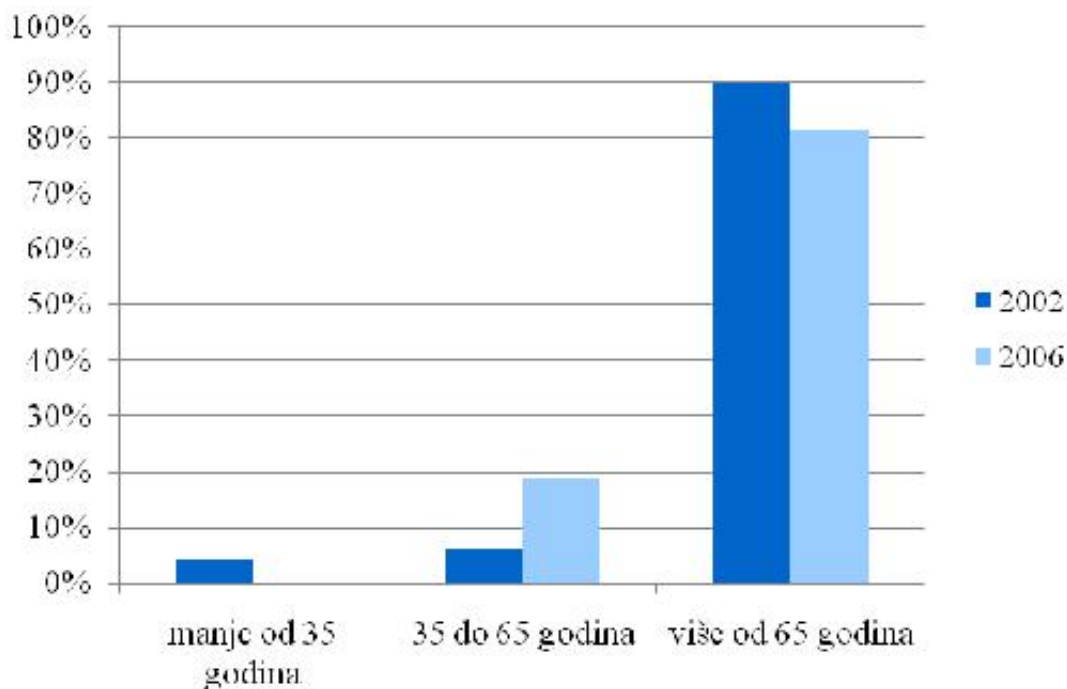
Vidljivo je da su pretrage provedene kod nešto manje od 50 % bolesnika koji su pali. Veći broj pretraga je napravljen 2006. i to 31,3 % višestrukih, a kod 12,5 % bolesnika je bila potrebna intervencija kirurga. Vidljivo je da su te godine pretrage bile brojnije i kompliciranije. U ovom slučaju je utvrđeno da je razlika između ove dvije godine u provedenim pretragama statistički značajna. (hi- kvadrat=9,206; df=3; p=0,031)

Slika 8. Raspodjela ispitanika s obzirom na provedene preventivne mjere



Provedene su najčešće (29,2 %) klasične mjere prema protokolu (stvari na dohvat ruke, češći obilasci, upozorenje bolesnicima da ne ustaju sami, okolina, kreveti...) i one su bile češće 2006. Značajan postotak izvješća iz 2002. nije sadržavao preventivne mjere, ili su sestre navele da one nisu potrebne, dok takav slučaj u 2006. nije zabilježen. Može se zamijetiti značajan postotak višestrukih preventivnih mjera u 2006. te manje korištenje vezica i ograda nego 2002. Ove razlike su vrlo očite i statistički su značajne. (hi-kvadrat=16,184; df=4; p=0,002)

Slika 9. Raspodjela ispitanika s obzirom na dob



Iz prikaza je vidljivo da je najveći broj bolesnika koji su pali u starije životne dobi (90 %). 2006. nije pao niti jedan bolesnik mlađi od 35. godina.

Tablica br. 8. Stanje svijesti bolesnika koji su pali (usporedba 2002. i 2006.)

godina			stanje svijesti		
			uredno	blaži poremećaj svijesti	teži poremećaj svijesti
2002	Broj		32	12	5
	%		65,30%	24,50%	10,20%
2006	Broj		7	6	3
	%		43,80%	37,50%	18,80%
ukupno	Broj		39	18	8
	%		60,00%	27,70%	12,30%

Iz tablice je vidljivo da je kod većine bolesnika koji su pali svijest bila uredna, naročito 2002. Dok je 2006. od ukupnog broja bolesnika koji su pali 56,3 % imalo poremećaj svijesti, uglavnom blaži (37,5 %). Postoji razlika ali nije statistički značajna. (hi-kvadrat= 2,387; df=2; p=0,364)

Tablica 9. Usporedba vremena u kojem su bolesnici pali (2002.-2006.)

godina			vrijeme pada			
			6 do 12h	12 do 18h	18 do 24h	0 do 6h
2002	Broj		6	9	8	26
	%		12,20%	18,40%	16,30%	53,10%
2006	Broj		4	2	6	4
	%		25,00%	12,50%	37,50%	25,00%
ukupno	Broj		10	11	14	30
	%		15,40%	16,90%	21,50%	46,20%

Najviše bolesnika palo je noću (od 00-06 h) i taj postotak je 2002. bio znatno veći. U to vrijeme je palo više od polovine bolesnika (53,1 %). 2006. je najviše bolesnika (37,5 %) palo u večernjim satima (od 18 do 24 h), a veliki broj (25 %) u jutro. I u ovom primjeru postoje znatne razlike između ove dvije godine, ali nije dokazana statistička značajnost. (hi-kvadrat=6,089; df=3; p=0,114)

Tablica 10. Usporedba mjesta pada bolesnika (2002.-2006.)

			mjesto pada		
			soba	sanitarije	ostalo
godina	2002	Broj	37	7	5
		%	75,50%	14,30%	10,20%
	2006	Broj	9	5	2
		%	56,30%	31,30%	12,50%
Ukupno	Broj	46	12	7	
	%	70,80%	18,50%	10,80%	

Najveći broj bolesnika je pao u bolesničkoj sobi (70,8 %), naročito 2002. (75,5 %) 2006. je značajan broj (31,3 %) pao u sanitarnom prostoru (kupaona, WC). Ostala mjesta na kojima su bolesnici pali su: koronarna jedinica, hitna služba, RTG kabinet, opservacija, i ona su bila neznatno zastupljenija 2006. Ove razlike također nemaju statističku značajnost (hi-kvadrat=2,571; df=2; p=0,320).

Tablica 11. Usporedba okolnosti pada bolesnika (2002.-2006.)

			opis pada		
			išao na WC	aktivnosti	ostalo (okolina)
godina	2002	Broj	21	14	14
		%	42,90%	28,60%	28,60%
	2006	Broj	7	2	7
		%	43,80%	12,50%	43,80%
ukupno	Broj	28	16	21	
	%	43,10%	24,60%	32,30%	

Iz tablice je vidljivo da su bolesnici najviše pali zbog potreba za obavljanjem eliminacije (43,1 %), i tu skoro da i nema razlika između godina. Od ostalih mjesta gdje su bolesnici pali navode se: stol u ambulanti, krevet, stolica, sklizak pod, papuče, zapinjanje za predmete..., takvi razlozi su bili češći u 2006. Ukupno 32,3 % bolesnika je palo iz tih razloga. Za vrijeme obavljanja određenih aktivnosti, bez traženja pomoći je palo 24,6 % bolesnika, i njihov postotak je bio veći 2002. Ove razlike nemaju statističku značajnost. (hi-kvadrat=2,128; df=2; p=0,359).

Rasprava

Najrašireniji sustav vrednovanja kvalitete stručnog rada je stručni nadzor zasnovan na primjeni tzv. profesionalnih standarda. (11. ibidem) Kako bi se osigurala kvaliteta rada, potrebna je najprije njegova procjena, treba otkriti područja koja odstupaju od standarda da bi se mogle poduzeti određene mjere. Mjerenje i usporedba procesa i cilja s kliničkim indikatorima odgovara pojmu osiguranja kvalitete, što je polazište u upravljanju kvalitetom zdravstvene njege.

Na osnovu analize podataka dobivenih testiranjem zadovoljstva bolesnika pomoću upitnika i analizom sestrinskih izvješća koja se ispunjavaju nakon pada bolesnika, dobiveni su podaci koji su dali informacije o viđenju kvalitete (zadovoljstvu) od strane bolesnika. Proučavana je i povezanost određenih varijabli za koje je dokazano da utječu na zadovoljstvo bolesnika. Dobiveni su vrijedni podaci koji mogu poslužiti sestrama za poduzimanje određenih promjena u praksi koje mogu dovesti do unaprjeđenja.

Rezultati analize indikatora: zadovoljstvo bolesnika ublažavanjem boli

Iz analize je vidljivo da je najviše ispitanika je imalo bol ponekad, iako nije zanemariv podatak o prisutnosti boli često i svakodnevno. 33 % ispitanika navodi da je njihova bol bila jaka, a kod 9 % izuzetno jaka. Ti podaci su skoro identični podacima već navedenog istraživanja u kojem je kod bolesnika snažna bol prisutna u 45 %. U istraživanju je bol procjenjivana kod svih hospitaliziranih bolesnika. (15) Stručnjaci predlažu i razmatranje određenih čimbenika koji utječu na doživljaj boli. U ovu analizu je uključen utjecaj dobi, spola, obrazovanja i dužine hospitalizacije. Druga istraživanja, dosad provedena, su osim ovih čimbenika uključivala u analizu i vrstu odjela, bračno stanje, te socijalni status bolesnika. U njima se navodi da, uz ostalo, na doživljaj boli utječe ženski spol (žene su sklonije bolnim stanjima), mlađa odrasla dob i produžena hospitalizacija. (16)

Od ukupnog broja ispitanika zadovoljno je bilo 82 %. U ovom istraživanju s obzirom na dob, najzadovoljnije su bile osobe 35.-65. godina, a osobe mlađe životne dobi su bile najkritičnije. Žene, bolesnici koji duže borave u bolnici, osobe srednje životne dobi su izrazile veće zadovoljstvo zbrinjavanjem boli u odnosu na muškarce, što je suprotno istraživanju u kojem se navodi da su muškarci, osobe starije životne dobi, te oni koji kraće borave u bolnici zadovoljniji kvalitetom skrbi. (13. ibidem) Zadovoljstvo zbrinjavanjem boli se smanjuje s razinom obrazovanja što je u skladu s navedenim istraživanjem. Zadovoljstvo je prosječno ocijenjeno ocjenom: 4,37. Ako se postavi prag za prihvatljivu razinu zadovoljstva 4,5, može se reći da je općenito zadovoljstvo ispod prihvatljivog, kao i zadovoljstvo ostalim dijelovima standarda zbrinjavanja boli. Ispitanici su najbolje ocijenili izjavu koja se odnosila na intervencije koje su provodile medicinske sestre u zbrinjavanju boli. Bez obzira što je zadovoljstvo zbrinjavanjem boli ispod prihvatljive granice 83 % ispitanika je izjavilo da je nakon provedenih aktivnosti bol za njih bila prihvatljiva. To značajno odstupa od podataka iz već navedenog istraživanja u kojem se navodi da je samo u 49 % slučajeva došlo do napretka kad se govori o boli. (15. ibidem) Najlošije je ocijenjena tvrdnja: "Medicinske sestre su razgovarale sa mnom o mojoj boli, objasnile mi zašto je ona prisutna, i načine kako se može kontrolirati". Ova tvrdnja nailazila je na brojne komentare medicinskih sestara koje su upitnik pročitale prije nego je bio proslijeđen bolesnicima. One su smatrale da ona nije primjerena, jer u kompetencije medicinske sestre ne ulazi objašnjavanje zdravstvenog stanja bolesniku, i da to spada u liječnički dio skrbi za bolesnika. Kolegice su bile u pravu, ali su zaboravile da su one najviše vremena uz bolesnika, vrlo često su oni i slobodniji (manje uzbuđeni) kad s njima razgovaraju. Nakon što liječnik informira bolesnika o njegovoj dijagnozi i načinu liječenja, one mu mogu pružiti još brojne informacije i savjete koji su izuzetno važni u tretmanu boli, što su navela i brojna istraživanja. (20) Takav stav medicinskih sestara, ili možda činjenica da bolesnici možda nisu dobili osnovne informacije o svojem zdravstvenom stanju su i mogući razlog da je ova tvrdnja kod bolesnika najlošije ocijenjena.

U buduće analize bi trebalo uključiti sve bolesnike koji su primljeni na Kliniku, i ponoviti je kod onih kod kojih je bol prisutna. Dokazano je da mnogi bolesnici ne izvještavaju o svojoj boli, kao i da ona može biti prisutna kod onih koji je ne mogu verbalno izraziti. (17) Oni u ovo istraživanje nisu uključeni, ali u budućim istraživanjima ih se ne bi trebalo izostaviti. U ovu analizu su uključeni samo neki čimbenici koji mogu utjecati na bol. U buduće bi trebalo uključiti i ostale čimbenike (kliničko okruženje, socijalni status) koji imaju također značajan utjecaj na doživljaj boli. (16. ibidem) Razlozi za neodgovarajući tretman boli o kojima se govori u literaturi su: nedostatna edukacija zdravstvenih radnika vezano uz problem boli, poteškoće vezano uz primjenu terapije, kao i problemi od strane bolesnika (malo bolesnika obavijesti zdravstvene radnike o boli). Navode se i preporuke za unaprjeđenje tretmana boli: problem se mora rješavati multidisciplinarno, postoje standardi, te smjernice za postupke i terapiju, problem boli se naglašava u svakodnevnoj praksi, postupci dokumentiraju i analiziraju dobiveni podaci, vrši edukacija, informiranje. (18) Indikator kvalitete podrazumijeva utvrđivanje zadovoljstva kod svih bolesnika koji su primljeni u bolnicu, te je utvrđeno da imaju bol ili rizik za njen nastanak. (3. ibidem) Ove činjenice mogu pomoći i medicinskim sestrama na Internoj klinici u unaprjeđenju kvalitete zbrinjavanja bolesnika s bolovima.

Rezultati analize indikatora: zadovoljstvo bolesnika edukacijom/informiranošću

U analizi ovog indikatora proučavao se stupanj zadovoljstva edukacijom, odnosno osnovnim dijelovima standarda edukacije, kao i utjecaj na zadovoljstvo određenih karakteristika bolesnika kao što je dob, spol, i edukacija.

Zadovoljstvo edukacijom općenito je ocijenjeno prosječnom ocjenom 4,4. S obzirom da je postavljen prihvatljivi prag zadovoljstva (4,5) može se reći da su vrlo mala odstupanja od postavljenog cilja. Tvrdnja koja se odnosi na procjenu edukacijskih potreba po mišljenju bolesnika je bila najbolje ocijenjena. Bolesnici su dobro ocijenili i zadovoljstvo sadržajem edukacije. Ocjena je bila nešto iznad postavljene granice. Nešto lošije je ocijenjena tvrdnja koja se odnosila na uvažavanje bolesnika i njegovo uključivanje u edukacijski proces, provjeru naučenog, te uvjete u kojima se provodi edukacija. Najlošije, i značajno ispod praga su ocijenjene upute i pomagala koja se koriste u edukaciji.

Izvršena je i analiza utjecaja određenih čimbenika na zadovoljstvo edukacijom. Utvrđeno je da se zadovoljstvo smanjuje s obzirom na dob bolesnika. Muškarci su bili zadovoljniji u odnosu na žene, a vezano uz obrazovanje bolesnika zadovoljstvo je bilo najveće kod osoba sa srednjoškolskim obrazovanjem, a najmanje kod visokoobrazovanih. Neke od ovih činjenica su u skladu s već navedenim istraživanjem. (13. ibidem)

U literaturi se navode razlozi za moguć nedostatak komunikacije. Navodi se da to može biti: preopterećenost sestara, manjak komunikacijskih vještina, organizacijske podrške, strah od vezanja, te usmjerenost sestara na izvođenje zadataka, a ne na odnos s bolesnikom. Predlažu se i mjere za poboljšanje. Jedna od njih je i postavljanje standarda edukacije koji naglašava potrebu za

edukacijom, ona mora biti usmjerena na bolesnikove potrebe, individualna, pružena od stručne osobe, planirana i timski provedena. Preporuke za unaprjeđenje edukacije su: uskladiti edukaciju s bolesnikom, urediti sadržaj, djelovati na značajnosti, često pojašnjavati, i uključiti bolesnika kao suradnika. (19) U ovo istraživanje su bili uključeni samo bolesnici na poliklinikama. Indikator podrazumijeva analizu i procjenu zadovoljstva kod svih bolesnika koji su primljeni u bolnicu, a upitnike o zadovoljstvu bi trebalo ponavljati u redovitim vremenskim intervalima. (3. ibidem) U analizu treba uključiti i sve ostale čimbenike, zbog njihovog dokazanog utjecaja na zadovoljstvo. (13. ibidem)

Rezultati analize indikatora: broj padova bolesnika

Na osnovu analize podataka o padovima u razdoblju između od 1. 1. 2002. do 31. 12. 2006. godine, vidljivo je da je kroz ovo razdoblje došlo do značajnog smanjenja broja padova. Na našoj Klinici taj broj je 2002. iznosio 0,74. To je znatno manje od podataka o učestalosti padova. Navodi se da je ona 2,9-13 pada na 1000 dana ležanja bolesnika (podaci britanskog gerijatrijskog udruženja). (21)

Navedeni su brojni čimbenici rizika za nastanak padova i naglašena je važnost njihova otkrivanja i analize. Kao jedan od čimbenika rizika navodi se dob bolesnika. (22,23) S obzirom na dob, vidljivo je da i kod naših bolesnika prevladavaju starije osobe (> 65. godina). Vrlo mali postotak je bio osoba mlađe i srednje životne dobi. Značajan je i postotak bolesnika s poremećajem svijesti (40 %), a među njima je najviše onih s blažim poremećajem (27,7 %). Brojni autori smatraju da je smetenost jedan od najznačajnijih čimbenika rizika za pad. (24) Upravo smetenost odgovara blažem poremećaju svijesti. 2002. je više od polovice bolesnika palo noću, dok se je 2006. najveći broj padova dogodio u večernjim satima, i ujutro. Povećan broj padova noću dokazan je i u drugim istraživanjima. (23. ibidem) Studije su dokazale da mnogi bolesnici padaju prilikom ustajanja iz kreveta i da izvode aktivnosti bez traženja pomoći. (22. ibidem) U 2002. se najveći broj padova dogodio u bolesničkoj sobi i znatan dio bolesnika je pao zbog izvođenja određenih aktivnosti. 2006. je smanjen broj padova u sobi, ali dolazi do povećanja broja padova u sanitarnom prostoru (kupaona, WC). U obje godine je jako veliki postotak padova nastao prilikom obavljanja eliminacijskih potreba. Dokazano je i u drugim istraživanjima da je većina padova povezana s obavljanjem higijenskih i eliminacijskih potreba. (25)

Vrlo značajan podatak dobiven u ovom istraživanju, je izuzetno veliki postotak ozljeda (2002. 53 % padova je rezultirao ozljedama, a 2006. 69 %) koji se s godinama povećao. 2006. su prevladavale umjerene ozljede, a vrlo je važan podatak o 12 % težih ozljeda koje su nastale 2002. Ovi podaci značajno odstupaju od izvještaja u kojima se navodi da su ozljede nastale kod 30 % padova, i da je 4-6 % ozljeda bilo ozbiljno. (26) S obzirom na dosta manji postotak padova u ovom istraživanju, u odnosu na druga koja su provedena, te značajno veći udio ozljeda, može se posumnjati u potpunost prijavljivanja, kao i opremljenost odjela (nedostatak pomagala, prilagodbe okoline i sl.). Kako je 2006. bio veći broj ozljeda došlo je i do porasta broja i svih oblika provedenih pretraga. To je možda povezano i zbog straha od pravnih posljedica. U izvješću je potrebno navesti provedene preventivne mjere. Analiza izvješća pokazuje da su 2006. navode češće višestruke preventivne mjere, te da je smanjeno korištenje vezica i ograda u odnosu na 2002. Moglo bi se zaključiti da se osjeća utjecaj već navedenih aktivnosti usmjerenih poboljšanju kvalitete rada medicinskih sestara vezeno za prevenciju pada. Također je vrlo značajan visok postotak sestara koji smatraju da je potrebno primjenjivati sredstva za ograničavanje bolesnika (35,4 %), te velika zastupljenost takovog razmišljanja 2006. Očito je da inicijative za poboljšanje kvalitete nisu djelovale na stavove medicinskih sestara.

U literaturi su navedeni neki od mogućih uzroka za neadekvatnu skrb bolesnika s rizikom za pad. To su: mnogobrojni uzročni čimbenici (25. ibidem) koji su prisutni kod bolesnika, smanjenje broja sestrinskog osoblja, njihova radna preopterećenost, nadomještanje sestara manje educiranom i jeftinijom radnom snagom (27), brojni unutarnji i vanjski (okolinski) čimbenici, nedostatak pomagala za kretanje (22,23. ibidem)... Isto tako predložene je i provođenje mjera koje mogu poslužiti svima kao primjer za unaprjeđenje prakse. To su: sustavna procjena rizika za pad i ozljede, implementacija i evaluacija programa prevencije pada i ozljeda, mnogostruke intervencije, suradnički, multidisciplinarni pristup, edukacija osoblja, bolesnika, uključivanje obitelji, porast svijesti osoblja, naglašavanje važnosti nadzora pada, prikupljanje podataka, analiza trendova, izvještavanje o padovima na multidisciplinarnim sastancima, promjene u okolini, pomagala za kretanje...(22. ibidem)

Zaključak

U ovom istraživanju napravljena je analiza indikatora kvalitete zdravstvene njege na Internoj klinici. Na osnovu te analize dobiva se povratna informacija o kvaliteti određenih područja zbrinjavanja bolesnika od strane medicinskih sestara, a identificirane su i određene kritične točke kojima je potrebno posvetiti najveću pozornost.

S obzirom na važan utjecaj boli na život svakog pojedinca nužno je posvetiti dodatnu pažnju i pronaći

uzroke i razloge česte i svakodnevne boli, te boli snažnog intenziteta. Vežano uz zadovoljstvo bolesnika potrebno je unaprijediti praksu i primjenjivati različite mjere za povećanje zadovoljstva, a posebno vezano za uključivanje bolesnika u skrb i njegovo informiranje, procjenu boli i učinaka provedenih postupaka. U edukaciji/informiranju bolesnika potrebne su također aktivnosti za unaprjeđenje kvalitete rada. To je posebno važno pri korištenju pomagala, poboljšanju uvjeta u kojima se vrši edukacija, ali i uključivanju bolesnika u proces edukacije, te provjerom naučenog. Svakom bolesniku potreban je individualni pristup i prilagodba skrbi njegovim karakteristikama. Vežano uz problematiku padova treba i dalje nastaviti s njihovom prevencijom i smanjenjem trenda, ali i istražiti uzroke velikog broja ozljeda koje su nastale kod bolesnika. Veću pažnju treba posvećivati rizičnim bolesnicima (posebno starim i smetenima) te za njih dogovoriti poseban pristup. Treba razviti i prilagodbe koje će dovesti do smanjenja određenih trendova kao: pad zbog izvođenja aktivnosti, bez traženja pomoći, pad zbog potrebe za obavljanjem eliminacije, u sanitarnom prostoru. Uz edukaciju treba provoditi mjere za povećanje svijesti bolesnika, njihovih skrbnika i zdravstvenih radnika o važnosti prevencije pada i unaprjeđenje kvalitete svih postupaka u skrbi za bolesnika s rizikom za pad.

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. Kako bi zadovoljstvo bolesnika, ali i njegova sigurnost u bolnici bila veća, odnosno da bi cilj bio postignut, potrebne su i promjene unutar strukture i procesa kojima medicinske sestre, svi koji zastupaju njihove interese i ustanove u kojima rade moraju težiti. Najbolji alat koji će medicinskim sestrama pomoći u procjeni kvalitete njihova rada, ali i praćenju njenog unaprjeđenja, su indikatori kvalitete.

Reference:

1. Lj. Lujanac, Reforma zdravstva i medicinske sestre, Plavi fokus, HKMS, Zagreb, 2006; 2(3):
2. D. Huber, Leadership and Nursing Care Management, (2nd ed.), Philadelphia: Saunders; 2000: 610.
3. ANA, Nursing-Sensitive Quality Indicators for Acute Care Settings and ANA's Safety & Quality Initiative. [serial on the Internet]. 2007 [cited 2007 April 13]; Available from: <http://www.nursingworld.org/readroom/fssafe99.htm>
4. G. Fučkar, Zdravstvena njega bolesnika s bolovima, Viša medicinska škola – nastavni materijali, Zagreb, 1993.
5. D. Čvorišćec, Pregled standarda kvalitete u bolničkoj zdravstvenoj skrbi, U: Radionica: Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi (priručnik), Ministarstvo zdravstva RH (radna grupa za poboljšanje kvalitete ZZ); Zagreb, 2003:1-15.
6. C. McCabe, Nurse-patient communication: an exploration of patient's experiences. Journal of Clinical Nursing. 13; 2004: 41-49.
7. Daly F. Oliver, FC Martin, M. McMurdo, Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a sistematic review, Age and ageing, 33(2); 2004: 122-130.
8. EB Hitcho, et al. Characteristic and Circumstances of Falls in Hospital Setting. J Gen Intern Med. 19; 2004: 732-739.
9. LM Currie, Fall and injury prevention. Annual Review of Nursing Research. 24; 2006: 39-74. [serial on the Internet] . [cited 2007 August 21]; Available from: <http://www.gateway.tx.ovid.com/gwl/ovidweb.cgi>
10. A. Green, Toward Predictive Model of Patient Satisfaction with Nurse Practitioner Care, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 17(4); April 2005: 139-148.
11. N. Ljubičić, Ž. Baklaić, B. Tomić, (ur.), Istraživanje kvalitete i zadovoljstva pacijenata zdravstvenim uslugama u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, HZZJZ, Zagreb, 2006.
12. B. Sahin, F. Yilmaz, KL Lee, Factors Affecting Inpatient Satisfaction: Struktural Equitazion Modeling, J Med Syst. 31; 2007: 9-16.
13. JM Quintana, Et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. BMC Health Services Research, 6; August 2006: 6. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/102>
14. J. Healy, M. McKee, The significance of hospitals: an introduction. In. Healy, J., McKee. (Eds.), Hospitals in Changing Europe. Buckingham (Philadelphia): European Observatory on Health Care Systems. Open University Press (WHO); 2002: 5-14
15. M. Donovan, et al., Incidence and characteristic of pain in sample of sample of medical- surgical inpatients, Pain. 30; 1987: 69-87.
16. RM Melloti, et al. Pain prevalence and pain predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. European Journal of Pain. 9, 2005: 485-495. [serial on the Internet]. Available from: <http://www.EuropeanJurnalPain.com>
17. C. Pasero, M. McCaffery, Acute and Chronic Pain, In: Ackley, BJ., Ladwig, GB. Nursing diagnosis Handbook: A Guide to Planing Care, (6th ed.). StLouis, Missouri: Mosby; 2004: 710-728.
18. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality Improvement guidelines for the

treatment of acute pain and cancer pain, JAMA. 274. 1995:1874.

19. C. McCabe, Nurse-patient communication: an exploration of patient's experiences. Journal of Clinical Nursing. 13; 2004: 41-49.

20. A. Jacox, et al. Management of cancer pain . Clinical Practice Guideline No.9. Agency for Health care Policy and Research Pub No.94-0592, Rockville, Md, 1994, Public health service, US Department of Health and Human Services.

21. Daly F. Oliver, FC Martin, M. McMurdo, Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review, Age and ageing, 33(2); 2004: 122-130.

22. EB Hitcho, et al. Characteristic and Circumstances of Falls in Hospital Setting, J Gen Intern Med. 19; 2004: 732-739.

23. LM Currie, Fall and injury prevention, Annual Review of Nursing Research, 24; 2006: 39-74. [serial on the Internet] . [cited 2007 August 21]; Available from: <http://www.gateway.tx.ovid.com/qwl/ovidweb.cgi>

24. AL. Hendrich, PS. Bender, A. Nyhuis, Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. Applied Nursing research. 16(1); 2003: 9-21.

25. D. Fonda, J. Cook, V. Sandler, M. Bailey, Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital, MJA. 184(8); April 2006: 379-382.

26. N. Dunton, B. Gajewski, R. Lee Taunton, J. Moore, Nurse staffing and patient falls on acute care hospital units, Nurs Outlook, 52; 2004: 53-59.

27. LH Aiken, Improving Quality through Nursing, Policy Challenges in Modern Health Care, May 2005: 177-188. [serial on the Internet]. [cited 2007 January 30]; Available from: <http://www.rwjf.org/research/researchdetail.jsp?id=1951ia=137>