



UNIVERZITET U BEOGRADU

MENADŽMENT POSLOVNIH PERFORMANSI

ZAVRŠNI (MASTER) RAD

DEFINISANJE KVALITETA USLUGE

ZDRAVSTVENE NEGE

Mentor: Doc.dr Ivana Mijatović

Student: Dejan Lazović

Br. indeksa: 08/11 MPP

Beograd
decembar, 2012.

ZAHVALNICA

Ovaj master rad je nastao kao rezultat istraživanja u okviru poslediplomskih studija - master studija- na smeru Menadžment poslovnih performansi Univerziteta u Beogradu.

Veliku zahvalnost dugujem mentoru, Doc. dr Ivani Mijatović, na pomoći, savetima i sugestijama tokom izrade ovog master rada, kao i na prenešenom delu svog bogatog iskustva i znanja iz oblasti menadžmenta.

Zahvaljujem se Prof. dr Vinki Vukotić i Prof. dr Vladimiru Đukiću koji su detaljno pročitali rad i dali niz korisnih saveta.

Posebno se zahvaljujem Dr Kočici, Doc. dr Svetozaru Putniku i dr Bojanu Nikoliću koji su mi dali ideju za izradu master rada i pomogli formulisanje teme.

Neizmernu zahvalnost želim da uputim sestri Ljubinki, koja mi je pružila tehničku pomoć u radu i od koje sam tokom izrade master rada imao veliku podršku.

Rad želim da posvetim svojim roditeljima Lepi i Milanu koji su mi bili podrška tokom svih godina studiranja.

U Beogradu, decembar 2012.

Dejan Lazović

APSTRAKT

Unapređenje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova, kao sastavni deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika i svih drugih zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite, predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i efektivnosti u radu i zadovoljstva pacijenata. Osnovna karakteristika zdravstvenog sektora je da donošenje odluka vezanih za ostvarivanje zdravstvene nege može biti pitanje života i smrti. U tom kontekstu kvalitet u zdravstvu postaje jedno od najznačajnijih pitanja.

Osnovna ideja ovog rada je da se pristupi anketiranju bolnički lečenih pacijenata po konceptu izjašnjavanja o iskustvima tokom boravka i lečenja u zdravstvenim institucijama. Zato je konstruisana anketa za istraživanje percepcije kvaliteta zdravstvene nege pacijenata na bazi iskustava pacijenata, sa očekivanjem da će se dobiti podatci koji će u većoj meri ukazivati na potencijalne probleme u pruženoj zdravstvenoj usluzi. Anketu je u Beogradu popunilo 300 punoletnih, bolnički lečenih pacijenata na dan otpusta.

Dobijeni rezultati ukazuju da se formiranom anketom u velikoj meri otkrivaju problemi u zdravstvenoj usluzi. Skoro dve trećine svih odgovora nalaze se u grupi koja u sebi sadrži prisustvo problema.

Ključne reči: kvalitet, zdravstvena nega, anketa.

ABSTRACT

Improving the quality of health institutions, ie health care, as an integral part of daily activities of health workers and other employees in the health care system, represents a continuous process aimed at achieving higher levels of efficiency and effectiveness in the work, as well as greater patient satisfaction. The main characteristic of the health sector is that make of decisions related to the realization o health protection could be a question of life and death. In that context, quality in health sector becomes one of the most important questions.

The main idea of this study was to make a survey based on the concept of patient experience of health care. Because the survey designed to explore the perceptions of quality of care of patients based on the experiences of patients, with the expectation that they will get the information that will increasingly point to potential problems in the health care services provided. The survey was completed in Belgrade 300 adult patients hospitalized on the day of release.

The results indicate that the survey formed largely reveal problems in the health service. Nearly two-thirds of all respondents are in a group that contains the presence of problems.

Key words: quality, health care, survey.

CURRICULUM VITAE

Dejan Lazović

Adresa stanovanja: ul. Mirijeovski bulevar br. 34/18

11000 Beograd

E-mail: lazovic.dejan@yahoo.com

LIČNI PODACI:

Rođen 02.09.1986.god. u Beogradu, Republika Srbija

OBRAZOVANJE:

- Prva Beogradska Gimnazija 2005. god. u Beogradu
- Medicinski fakultet 2011.god. u Beogradu
- Specijalističke akademske studije iz „Hiruške anatomije“ Medicinski fakultet 2012.god. u Beogradu

RADNO ISKUSTVO:

- Staž kliničkog lekara obavio na Klinici za Kardiohirurgiju KCS, gde sam po polaganju državnog ispita nastavio rad kliničkog lekara u periodu od 20.06.2011.-21.07.2012. U tom periodu učestvovao u naučno-istraživačkom radu iz oblasti kardiohirurgije. Autor i koautor nekoliko stručnih radova objavljenih u stranim časopisima.
- Od 23.07.2012. radim na Klinici za Urologiju KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“ kao klinički lekar.

LISTA SLIKA, GRAFIKONA, TABELA I PRILOGA

Slika 1- Struktura standarda IWA 1:2005.....	10
Slika 2-Trend ocene zadovoljstva bolničkim lečenjem u Srbiji 2004-2011.god.....	20
Slika 3- Tok aktivnosti u pružanju zdravstvenih usluga (nege).....	23
Grafikon 1 - Prikaz distribucije pacijenata po starosnim grupama	35
Grafikon 2 - Prikaz polne distribucije pacijenata.....	36
Grafikon 3 - Prikaz distribucije pacijenata po materijalnom stanju.....	36
Grafikon 4 - Prikaz distribucije pacijenata po nivou stručne spreme	37
Grafikon 1a - Prikaz rezultata na pitanje br. 1	38
Grafikon 2a - Prikaz rezultata na pitanje br. 2	39
Grafikon 3a - Prikaz rezultata na pitanje br. 3	40
Grafikon 4a - Prikaz rezultata na pitanje br. 4	41
Grafikon 5 - Prikaz rezultata na pitanje br. 5.....	43
Grafikon 6 - Prikaz rezultata na pitanje br. 6.....	44
Grafikon 7 - Prikaz rezultata na pitanje br. 7.....	45
Grafikon 8 - Prikaz rezultata na pitanje br. 8.....	46
Grafikon 9 - Prikaz rezultata na pitanje br. 9.....	47
Grafikon 10 - Prikaz rezultata na pitanje br.10.....	48
Grafikon 11- Prikaz rezultata na pitanje br.11	49
Grafikon 12 - Prikaz rezultata na pitanje br.12.....	50
Grafikon 13 - Prikaz rezultata na pitanje br.13.....	51
Grafikon 14 - Prikaz rezultata na pitanje br.14.....	52
Grafikon 15 - Prikaz rezultata na pitanje br.15.....	53

Grafikon 16 - Prikaz rezultata na pitanje br.16.....	54
Grafikon 17 - Prikaz rezultata na pitanje br.17.....	55
Grafikon 18 - Prikaz rezultata na pitanje br.18.....	56
Grafikon 19 - Prikaz rezultata na pitanje br.19.....	57
Grafikon 20 - Prikaz rezultata na pitanje br.20.....	58
Grafikon 21 - Prikaz rezultata na pitanje br.21.....	59

Tabela 1 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 1.....	39
Tabela 2 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 2.....	40
Tabela 3 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 3.....	41
Tabela 4 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 4.....	42
Tabela 5 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 5.....	43
Tabela 6 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 6.....	44
Tabela 7 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 7.....	45
Tabela 8 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 8.....	46
Tabela 9 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 9.....	47
Tabela 10 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 10.....	48
Tabela 11 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 11.....	49
Tabela 12 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 12.....	50

Tabela 13 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 13.....	51
Tabela 14 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 14.....	52
Tabela 15 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 15.....	53
Tabela 16 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 16.....	54
Tabela 17 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 17.....	55
Tabela 18 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 18.....	56
Tabela 19 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 19.....	57
Tabela 20 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 20.....	58
Tabela 21 - X^2 razlike odgovora na pitanje broj 21.....	59
Prilog 1- Dimenzije iskustava pacijenata u Picker-ovom istraživanju.....	76
Prilog 2- Anketa koju su pacijenti popunjavali tokom hospitalizacije.....	78
Prilog 3- Primeri pitanja iz Picker-ove PPE-15 ankete	81
Prilog 4- Problemi identifikovani na osnovu pitanja uključenih u PPE-15	82

SADRŽAJ

1	UVOD.....	1
2	POJAM KVALITETA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU	3
3	STANDARDI U OBLASTI ZDRAVSTVENOG SISTEMA.....	8
3.1	Razlozi za primenu ISO standarda u našoj zemlji.....	12
3.2	Osnovne determinante kvaliteta usluga u zdravstvu	14
4	MERENJE KVALITETA ZDRAVSTVENIH USLUGA	16
4.1	Faktori koji određuju kvalitet zdravstvenih usluga	16
4.2	Merenja kvaliteta u zdravstvu	17
4.3	Tehnika kritičnih incidenata (Critical Incident Technique- CIT)	21
5	KVALITET ZDRAVSTVENE NEGE.....	22
6	MENADŽMENT KVALITETA ZDRAVSTVENE NEGE I LEČENJA U HIRUŠKIM USTANOVAMA	26
7	CILJEVI I METOD ISTRAŽIVANJA.....	30
7.1	Materijal istraživanja.....	31
7.2	Dizajniranje ankete.....	32
7.3	Organizacija istraživanja	33
7.4	Princip analize rezultata ankete.....	34
8	RETULTATI ISTRAŽIVANJA.....	35
8.1	Prikaz rezultata distribucije pacijenata po grupama formiranim za starost, pol, imovinsko stanje i nivo stručne spreme	37
8.2	Prikaz rezultata ankete	40
9	DISKUSIJA	60
10	ZAKLJUČAK.....	70
	LITERATURA	72
	PRILOZI.....	76
	Prilog broj 1.....	76

Prilog broj 2.....	78
Prilog broj 3.....	81
Prilog broj 4.....	82

1 UVOD

Primetno je da čitavu istoriju medicine čine napori i pokušaji da se što više pomogne pacijentu, odnosno da se lečenje što bolje sprovede, iz čega se može zaključiti da je briga o kvalitetu lečenja, odnosno zdravstvene nege, stara koliko i sama praksa lečenja. Na prve zapise takvog pristupa nailazi se u Kodeksu vavilonskog kralja *Hamurabija*, koji je predviđao drastičnu kaznu odsecanja ruke lekaru čiji pacijent umre ili oslepi nakon operacije. U prvim periodima razvoja medicine, kao nauke i prakse, doktor je bio glavni i najčešće jedini realizator pomoći, nege i brige koja se pružala bolesniku, a samim tim odgovoran i za kvalitet pružene nege, što je saglasno stavu *Hipokrat-a* (460-377 g. pre n.e.), budući da; " *lekar mora da radi ne samo ono što misli da je dobro, već i da omogući da pacijent i njegovi pratioci sarađuju*".¹ Bez obzira što se u prvoj polovini XIX veka beleže istraživanja ishoda različitih terapijskih procedura francuskog lekara *Louisa*, koji traga za uspešnijim pristupima u lečenju, a prve organizovane studije o kvalitetu vezuju se za ime *Florance Nightingale* i njen "Izveštaj o radu bolnica" (1858). Pravi početak rada na kvalitetu započinje tek u periodu 1912-1916 i vezuje se za ime američkog hirurga *Codmana*. On insistira na proverbi kao "unutrašnjoj funkciji medicinske profesije" kojom se "pokazuje i ispunjava odgovornost prema individualnom pacijentu i prema javnosti u celini, obezbeđuje samokontrola, kontinuirano učenje i funkcionalna diferencijacija unutar zdravstvenog sistema" i ističe četiri činioca koja determinišu kvalitet zdravstvene zaštite:²

- lekar,
- pacijent,
- bolest i
- organizacija.

Svrha ovog rada je da ukaže na mogućnosti i ograničenja u definisanju i utvrđivanju kvaliteta usluge zdravstvene nege pacijenata hirurške klinike, sa pretpostavkom da se anketiranjem pacijenta baziranim na njihovim iskustvima mogu dobiti konkretniji i pouzdaniji podaci o problemima kvaliteta u zdravstvenoj usluzi. Na osnovu ovako konstruisanog istraživanja

¹ Heleta M., *Upravljanje kvalitetom*, Univerzitet Singidunum, 2009

² Heleta M., *Menadžment kvaliteta*, Beograd, 2008.

moгуće je sagledati potencijalne probleme u pruženoj zdravstvenoj usluzi, kao i moguća rešenja za novootkrivene probleme.

U radu su korišćeni podaci dobijeni anketiranjem 300 bolnički lečenih pacijenata u Beogradu na jednoj Klinici za Hirurgiju, u periodu od 15. jula 2012. do 15. oktobra 2012. godine. Dobijeni rezultati su poređeni sa anketama koje su koncipirane na isti način, sa istim ili sličnim pitanjima i uz korišćenje iste metodologije.

Master rad se sastoji iz 10 poglavlja i 4 priloga. U drugom i trećem poglavlju dati su teorijske osnove pojmova kvaliteta i primenjenih standarda u zdravstvenom sistemu. U sledećih nekoliko poglavlja ukazano je na složenost definisanja kvaliteta usluge u zdravstvu i dat je pregled postojećih definicija kvaliteta zdravstvenih usluga. Ukazano je na osnove menadžmenta kvaliteta zdravstvene nege i lečenja u hiruškim ustanovama, i takođe navedene su prednosti primene sistema menadžmenta kvaliteta prema zahtevima standard ISO 9001 u organizacijama iz oblasti zdravstva. U sedmom poglavlju navedeni su specifični ciljevi anketnog istraživanja, objašnjen je metod i organizacija istraživanja. U ovom delu prikazan je način statističke obrade i analize prikupljenih podataka. U osmom poglavlju prezentovani su rezultati istraživanja kvaliteta usluge zdravstvene nege pacijenata hirurške klinike iz perspektive korisnika. Potom sledi diskusija u kojoj su prikazane oblasti u kojima je poboljšanje kvaliteta usluge zdravstvene nege moguće. Dat je uporedni prikaz dobijenih rezultata sa rezultatima objavljenih sličnih istraživanja.

Rezultati dobijeni ovim istraživanjem na osnovu iskustava pacijenata mogu dati veliki doprinos u izradi smernica za poboljšanje uočenih nedostataka. Kako kvalitet usluge nikada nije toliko dobar da ne bi mogao biti bolji, rezultati, dobijeni analiziranjem ankete pokazali su da je potrebno sprovesti niz aktivnosti, koje su prezentirane u ovom radu. Osnovno je da treba implementirati standarde kvaliteta. Na taj način zadovoljenjem tih zahteva, kvalitet će se poboljšati do nivoa koji će obezbediti kvalitetnu uslugu.

Rezultati predstavljeni u ovom radu pokazuju da mnogi pacijenti ne dobijaju optimalne uslove nege. Primenom ovog istraživanja, anketa kao instrument može da se koristi za praćenje zdravstvene nege tokom dužeg vremenskog perioda, i nadam se da će pomoći u poboljšanju kvaliteta.

2 POJAM KVALITETA U ZDRAVSTENOM SISTEMU

Reč kvalitet vodi poreklo od latinske reči „*qualitas*“ što znači da nešto ima dobra svojstva, osobine ili vrednost.³ Kvalitet označava ljudsko nastojanje da se stvari urade dobro i želja i potreba za kvalitetom je u suštini ljudske prirode. Različiti autori različito definišu kvalitet ali u osnovi svi polaze od potrebe i zadovoljstva potrošača i mogućnosti da se oni zadovolje. Prema Demingu, jednom od utemeljivača kvaliteta, kvalitet je predvidivi stepen jednoobraznosti i pouzdanosti koji zadovoljava tržišne potrebe sa niskim troškovima.⁴ Juran, drugi guru kvaliteta, definiše kvalitet kao pogodnost za upotrebu. Možda najzanimljivije tumačenje kvaliteta dao je F.Crosby kroz svoju knjigu „Kvalitet je besplatan“. Po njemu, kvalitet se definiše kao usaglašavanje sa zahtevima, a ne kao „dobar“ ili „loš“.⁵

“*Osnovni zadatak menadžmenta*“, prema Peteru Druckeru “*je da učini ljude efikasnim, da ostvaruju svoje definisane i merljive ciljeve*”.⁶ Efikasnost organizacije je sposobnost da se u ostvarivanju ciljeva, ulaganja svedu na najmanju moguću meru. Efikasnija je ona organizacija koja sa određenim ulaganjima ostvaruje bolje rezultate. Efikasnost je bitna za uspeh organizacije. Efektivnost organizacije se vezuje za pravilan izbor ciljeva. Reč je o prilagođavanju organizacije okruženju. Efektivnost je kritična za uspeh organizacije.

Da bi menadžment kvaliteta i poboljšanje kvaliteta zdravstvene usluge bilo moguće proučavati, neophodno je definisati i sam pojam kvaliteta usluga u zdravstvu. Menadžment i obezbeđenje kvaliteta u oblasti zdravstva je oblast koja zaokuplja pažnju mnogih istraživača. Mnoge definicije kvaliteta zdravstvenih usluga (pre svega zdravstvene nege) imaju korene u opštim definicijama pojma kvaliteta kao što su: pogodnost za upotrebu (korišćenje ili primenu) (Juran, 2008)⁷ ili ispunjavanje zahteva (Crosby, 1999). Prema Garvinu (1984) da bi se definisao kvalitet usluge, procesa ili sistema potrebno ga je sagledati sa različitih

³ Šofranac R. “Osam komponenti koje obezbeđuju kvalitet usluge”, Časopis “Kvalitet” Br. 7-8, Beograd, 1997 god.

⁴ Deming. EW. Nova ekonomska misao. Privredni pregled. 1996.

⁵ Heleta M., *Menadžment kvaliteta*, Beograd, 2008.

⁶ Drucker, P., "Management challenges for 21 century, Classic and style".

⁷ Juran JM, Blanton G. (editors). Juran's Quality Handbook. McGraw-Hill. 2008; 41.1 – 41.32.

perspektiva, između ostalih, perspektive korisnika i perspektive pružaoca usluge. U mnogim oblastima promene u društvu uticale su da se u poimanju kvaliteta fokus sa usluge ili pružaoca prebacuje na korisnike.⁸ Tako je jedan od principa menadžmenta kvaliteta (ISO 9000, 2007) usmeravanje na korisnike.

Istorijski gledano, mnoge bolnice, u državnom i privatnom vlasništvu, posmatrale su pacijenta kao pasivnog korisnika usluga, ne vodeći računa o njegovim zahtevima. Za razliku od ovog pristupa danas, zdravstvene organizacije moraju biti orijentisane prema pacijentu i on treba da je u centru pažnje, s aspekta planiranja, implementacije i evaluacije pruženih usluga. Danas je u zdravstvenoj zaštiti neophodno postići racionalnost i efikasnost u dijagnostici, terapiji i rehabilitaciji. To se može realizovati i kroz nove kvalitetne organizacione i tehnološke procese. Standardi i normativi zdravstvenih usluga određuju ko, kako, gde i u kojem vremenu, kojim materijalom, aparatom i opremom, treba da obavi određenu medicinsku proceduru. Njihovo prihvatanje i sprovođenje predstavlja nov organizaciono-tehnološki proces koji u znatnoj meri doprinosi efikasnosti i kvalitetu pružanja zdravstvene nege.⁹

Medicinska usluga je definisana kao aktivnost u procesu zdravstvene zaštite koja se može obavljati samostalno ili u paketu sa drugim uslugama, jednokratno ili više puta u toku pružanja zdravstvene zaštite, ali se uvek sprovodi na isti način i predstavlja celinu samu po sebi.¹⁰ Posebna specifičnost zdravstvene usluge je kontrolisanje i testiranje svih elemenata koji se koriste tokom realizacije zdravstvene usluge. Testiranje i kontrolisanje predstavlja kontinuirani proces.

Osnove za realizaciju zdravstvene usluge visokog kvaliteta su: obučeno osoblje, standardizovanost usluge, prevencija, smanjivanje rizika u radu, efikasnost i efektivnost u postavljanju dijagnoza i sprovođenje terapijskih procedura, široka kultura i komunikacija. Najkraće rečeno, to je skup mera kojima se rešavaju zdravstveni problemi pacijenta. Kvalitet usluge, samim tim i nege, mora se razmatrati na nivou zdravstvene stanove (menadžmenta) i na nivou osoblja koje realizuje uslugu.

⁸ Garvin, D.A. (1984) What does 'product quality' really mean? Sloan Management Review, 26 (1), pp. 25-43.

⁹ Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Aff* 2001; 20: 24-52.

¹⁰ Šofranac R, Šofranac M, Savović Z. "Odgovor na potrebe korisnika-važna dimenzija kvalitet medicinske usluge", X simpozijum Domova zdravlja Srbije i Crne Gore sa međunarodnim učešćem, Beograd 2-4 novembar 2005 god.

Opšta medicinska nauka se razvijala ubrzanim tempom. Međutim, istraživanja pokazuju da se dosta sporo razvija menadžment u oblasti medicine. Iako je u nekim zemljama menadžment u medicini razvijen, evidentno je da se u toj oblasti znatno kasni u odnosu na druge profesije. Problem je posebno izražen u zemljama sa nerazvijenim tržištem medicinskih usluga kojima se još uvijek o menadžmentu govori više iz pomodarstva, nego što je to stvarna potreba.

Menadžment u medicinskim ustanovama je proces kojim se na osnovu planiranja, organizovanja, usmeravanja i upravljanja koordiniraju resursi i procedure pomoću kojih se zadovoljavaju potrebe za medicinskim uslugama pružanjem specifičnih i standardizovanih usluga pojedincima, organizacijama i zajednici.¹¹ Zdravstveni sistem, čine ljudi. To je i prirodno, jer jedna zdravstvena ustanova je interakcija između medicinskog osoblja, odnosno lekara, medicinskih sestara, tehničara, administracije i ostalog osoblja sa pacijentima. Ukoliko bi iz navedenog konteksta isključili pomenute subjekte i odnose, između njih svrha zdravstvene ustanove kao sistema za brigu i negu pacijenata bi nestala. Zgrada, oprema, instrumenti i pribor ostaju, ali nema usluge. To znači da ni jedna organizacija, pa ni zdravstveni sistem ne može postojati bez ljudi, kao primarnog faktora svake organizacije. Da bi se organizacije održavale u stanju pune efikasnosti, potrebno je istima upravljati. Zato je menadžment uslov opstanka, rasta i razvoja svake organizacije, pa saglasno tome i medicinskih ustanova.

Iz navedenog se može jasno zaključiti da su medicina i menadžment u tesnim imperativnim odnosima. Medicina sa svojim aktivnostima i znanjem je u stanju da poboljša efikasnost menadžmenta, a menadžment kroz profesionalni način upravljanja je u stanju da poveća uspešnost organizacija i sistema koji se bave medicinskim uslugama. Menadžeri u zdravstvenim ustanovama moraju se ponašati i raditi tako da zaista postanu izuzetni motivatori za sve zaposlene. Samo na taj način oni će postati motorna snaga za gradnju jedne efikasnije i efektnije zdravstvene organizacije u kojoj će se izuzetno ceniti kreativnost, primenjivati sistem motivacije, nagrađivati znanje i obučenost, ceniti sposobni kadar i eliminisati birokratizam.¹²

¹¹ Šofranac R, Šofranac M, Savović Z. "Odgovor na potrebe korisnika-važna dimenzija kvalitet medicinske usluge", X simpozijum Domova zdravlja Srbije i Crne Gore sa međunarodnim učešćem, Beograd 2-4 novembar 2005 god.

¹² Cleary P, Edgman-Levitan S, McMullen W, Delbanco T. The relationship between reported problems and summary evaluations of hospital care. *Qual Rev Bull* 1992; February: 53-59.

Menadžment medicinskih ustanova treba i mora da se bavi upravljanjem, odnosno organizovanjem ljudskih, materijalnih, finansijskih i drugih resursa u okviru medicinskih organizacija, u cilju pružanja efikasne i efektivne medicinske usluge. On se znači ne bavi lečenjem ljudi, nego upravljanjem elementima i resursima koji omogućavaju lečenje ljudi. To znači da medicinskim ustanovama i organizacijama nije imperativno da upravljaju lekari i ljudi iz medicinske specijalnosti, već profesionalni menadžeri, koji su osposobljeni za menadžerstvo i menadžment, odnosno da ostvare misiju kvalitetnog lečenja uz najmanji nivo troškova. To su pre svega profesionalci koji su osposobljeni da upravljaju administracijom, koji znaju da pregovaraju i ugovaraju, koji su osposobljeni da upravljaju vremenom, ljudima, novcem i troškovima. Praksa uvođenja menadžmenta u medicinske organizacije već nekoliko decenija živi u razvijenom svetu. Što se tiče složenosti i odgovornosti, može se konstatovati da nema složenijeg i odgovornijeg posla u bilo kojem sistemu nego što je posao rukovodioca-menadžera u zdravstvu. Što je hijerarhijski nivo veći, to je i odgovornost i složenost poslova veća. Ovo iz razloga što menadžeri moraju omogućiti zaposlenima uslove za produktivan rad, i odgovorni su za rezultate poslovanja zdravstvenih ustanova.¹³

Kvalitet zdravstvene nege možemo pokušati definisati kao “stepen u kom sistem zdravstvene usluge i lečenja povećavaju verovatnoću pozitivnog ishoda lečenja”.¹⁴ Drugim rečima rečeno kvalitet u zdravstvu znači da su davaoci kvalitetne zdravstvene usluge u datim uslovima do najvišeg stepena obezbedili resurse i ispoštovali proces pružanja zdravstvene nege da bi povećali verovatnoću da će doći do poboljšanja zdravstvenog stanja ili do potpunog izlečenja.¹⁵

¹³ CAHO Joint Commissions for Accreditation of Healthcare Organizations (1998): National Library of Health Indicators (with glossary).

¹⁴ Mitrović S. (2008), Priprema bolničkih odeljenja za kontrolu zdravstvene nege, Specijalistički rad, Univerzitet Apeiron Banja Luka.

¹⁵ Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Aff* 2001; 20: 24–52.

Uvođenje sistema kvaliteta u zdravstvenim ustanovama za rezultat ima niz koristi od kojih posebno ističimo: povećanje ugleda kod korisnika, povećanje zadovoljstva pacijenata, transparentnost procesa usluživanja, smanjenje žalbi pacijenata, povećanje odgovornosti prema potrebama pacijenata, poverenje u zdravstvene ustanove koje posluju u skladu s normama kvaliteta, unapređenje efikasnosti menadžmenta, lakše uključivanje novozaposlenih, unapređenje planiranja i kontrole u zdravstvu, smanjenje fluktuacije osoblja prve linije, pravična raspodela odgovornosti zaposlenih, ujednačavanje radnih procesa u svim delovima zdravstvene ustanove, smanjenje neočekivanih situacija, grešaka i rizika u zdravstvu bolji tehnički (ishod) i funkcionalni (proces) nivo usluge.¹⁶

Kvaliteta zdravstvenih usluga direktno utiče na incidenciju pojedinih bolesti, prosečni životni vek stanovništva i ostale pokazatelje zdravstvenog stanja stanovništva te zbog toga pitanje obezbeđivanja kvaliteta u zdravstvu mora biti jedno od osnovnih pitanja uređenja zdravstvenog sistema na nivou države. Sledeća dimenzija kvaliteta koja je značajna za ekonomsku analizu zdravstvenog sektora jeste uključivanje koncepta unapređenja kvaliteta kod izrade ekonomskih evaluacija zdravstvenih programa.

¹⁶ Lorenzo S, Beech R, Lang T, Santos-Eggimann B. An experience of utilization review in Europe, *International Journal for Quality in Health Care*, 2001; 11: 13-9.

3 STANDARDI U OBLASTI ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Proces standardizacije u oblasti zdravstva je novina, te je prvo potrebno upoznati menadžment ustanove i sve zaposlene o uvođenju sistema kvaliteta i njegovom značaju u realizaciji zdravstvene zaštite i nege. Kada se spomenu standardi u zdravstvu, nekako se nametne razmišljanje da li standardi: propisuju kvadraturu prostora, broj lekara i sestara, broj timova, neophodnu strukturu za funkcionisanje zdravstvenog sistema kao preduslov za procese i ishode zdravstvene zaštite. Do skora, malo ko je razmišljao o standardima procesa i ishoda zaštite i na koji se način kvalitet rada (usluge) može meriti. Komponente visokog kvaliteta podrazumijevaju visok stepen profesionalnosti i znanja u odnosu na raspoložive tehnologije, efikasnost u korišćenju resursa, minimalnog rizika za pacijente, zadovoljstvo pacijenata i konačan ishod pružene zdravstvene usluge.

Ključna stvar je da je kvalitet kompleksan i multidimenzionalan i da ga često nije lako kvantitativno izraziti niti sumirati na jednostavan način zbog čega postoji izreka »kvalitet je teško definisati, nemoguće meritii, a lako prepoznati«. ¹⁷ Postoje standardi koji sadrže minimalne zahteve, bez kojih zdravstvena nega i lečenje nisu prihvatljivi i odražavaju ono što se mora zadovoljiti, te nema sumnje da minimalne standarde treba svi da postignu. *Standardi sistema menadžmenta daju preporuke šta bi trebalo da bude, a ne propisuju načine i norme na koje to treba da se ostvari.* ¹⁸ Svako ima pravo da do kvalitetnih usluga dođe svojim putem, na način koji smatra najprikladnijim za date uslove, raspoloživo osoblje i novac. Standardi medicinske prakse zahtevaju koncenzus da bi se realizovali i adekvatno tumačili. Preporuka koju treba postaviti pri aktivnostima na definisanju standarda je da se radi veoma pažljivo i timski, tako da standardi budu rezultat odgovarajućeg kolektivnog mišljenja o prihvaćenom i željenom nivou učinka (kvaliteta). Već je rečeno da su oni dinamični i da se permanentno sprovodi njihovo preispitivanje, sa mogućnošću unapređenja. ¹⁹

Propisima svake države su, na određeni način, definisani uslovi za obavljanje zdravstvene delatnosti, sadržaj i obim zdravstvene zaštite i način ostvarivanja prava na zdravstveno

¹⁷ Osland, O. (1997), "Impact of total quality attitude management and training, and work context on attitude supervisor", International Journal of Organization Analysis, Vol. 5 No. 3, pp. 291-301.

¹⁸ Šofranac R. "Osam komponenti koje obezbeđuju kvalitet usluge", Časopis "Kvalitet" Br. 7-8, Beograd, 1997 god.

¹⁹ SRPS ISO 9000:2007, Sistemi menadžmenta kvalitetom – Osnove i rečnik, Institut za standardizaciju Srbije, 2007.

osiguranje. Navedeni dokumenti imaju opšti karakter. Na izvestan način oni se mogu smatrati standardima, jer regulišu uslove, odnose i način korišćenja zdravstvene zaštite. Na osnovu ovih dokumenata, definisani su standardi profesionalne prakse, koji bliže određuju organizaciju i način pružanja zdravstvene zaštite za bolesti, odnosno kategorije bolesnika. U tom smislu potrebno je da standardi povežu strukturu (prava osiguranika, uslove i način korišćenja službe), proces (sadržaj, obim i način pružanja usluga) i ishod zdravstvene zaštite. Sve to je u funkciji konkretnih zdravstvenih potreba, odnosno zdravstvenih problema, i smanjuje mogućnost pružanja neadekvatnog lečenja i probleme u praksi. Takođe je potrebno da standardi stimulišu odgovarajuće ponašanje davalaca zdravstvene zaštite kroz edukaciju i obuku. Standardi treba da ispunjavaju sledeće zahteve u oblasti zdravstvene zaštite:²⁰

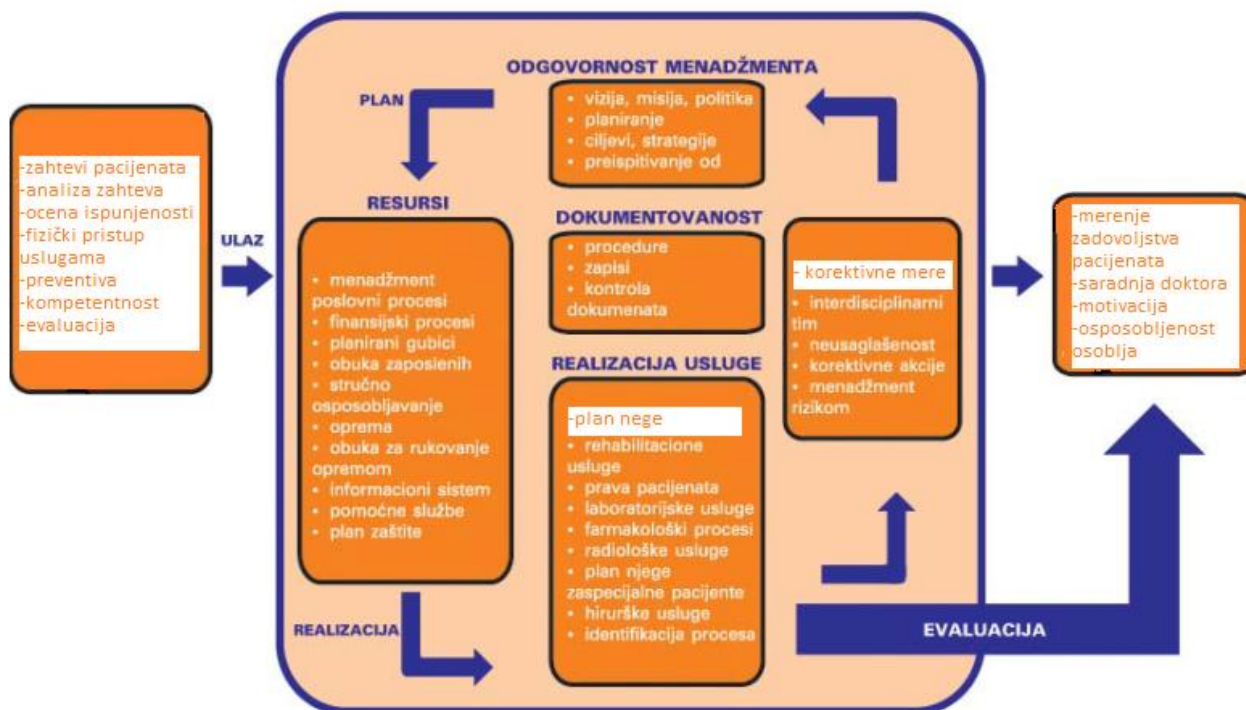
- da budu merljivi, što znači da su definisani kao nivo izvršenja koji treba da se dostigne u odnosu na definisanu meru ili indikator,
- da budu razumljivi, što znači da se lako mogu prihvatiti naročito oni koji ulaze u sistem (novi davalac usluge i novi korisnik);
- da utiču na ponašanje, što znači da su definisani tako da čine jasnim kakvo se ponašanje svih učesnika u zaštiti zahteva;
- da su ostvarljivi, jer previsoki standardi mogu da demorališu učesnike u njihovom sprovođenju.

Zahtevi ISO standarda veoma su važni za proizvodne i uslužne organizacije, ali se na prvi pogled ne odnose na aktivnosti u zdravstvenim ustanovama. Ovo se posebno odnosilo na ranije verzije standarda serije ISO 9000. Terminologija koja se koristila u tim standardima teško se «povezivala» sa zdravstvenim sistemom, i različite nacionalne asocijacije su je različito tumačile. Otuda i razlog što je u ovoj oblasti manje bilo manje sertifikata nego u ostalim delatnostima.

ISO 9001 standard (verzija 2008) je prilagođen, tako da ga je sada lakše primeniti na zdravstvenu zaštitu i uključiti u procenu ishoda i zadovoljstva pacijenta.²¹ Uspostavljeni sistem prema **ISO 9001 :2008** lagano se nadopunjuje smernicama iz **ISO 9004:2008**, **IWA *1:2005** i vodičima za dobru medicinsku praksu primerenim za akreditaciju pojedinih usluga koje zdravstvena ustanova nudi. Struktura standarda IWA 1:2005, prikazana je na Slici 1.

²⁰ Good Pharmacy Practice, Joint FIP/WHO Guidelines on GPP: Standards for quality of pharmacy services, 2011.

²¹ SRPS ISO 9001:2008, Sistemi menadžmenta kvalitetom – Zahtevi, Institut za standardizaciju Srbije, 2008.



Slika 1. Struktura standarda IWA 1:2005²²

Međunarodno udruženje za kvalitet u zdravstvu –**ISQua*** (**International Society for Quality in Health Care**), je 1999. godine pokrenulo Program međunarodnog akreditovanja (**IAP**) pod akronimom **ALPHA**.²³

Ovaj program je nacionalnim telima za akreditaciju u zdravstvu dao preporuke za procenu postojećeg rada i organizacijsku kontrolu, da bi kasnije proširio svoj program akreditacije na druga tela za eksternu procenu i uspostavljanje standarda u zdravstvu.

ISQua je neprofitna, nezavisna organizacija u čijem sastavu je preko 70 zemalja stalnih članica. ISQua daje preporuke zdravstvenim profesionalcima, davaocima usluga, istraživačima, agencijama i korisnicima, kako bi postigli izvrsnost u pružanju zdravstvene zaštite i kako bi unapređivali kvalitet i sigurnost usluge. ISQua Medunarodni standardi za akreditaciju uspešnosti zdravstvenih ustanova **obuhvataju zahteve Medunarodne**

²² Šofranac R. Šofranac M. "Menadžment kvalitetom u medicini" Pobjeda 2007 Podgorica.

²³ IWA, Quality management systems – guidelines for process improvements in health service organizations. Based on ISO 9004, 2000, second edition, ISO 2001.

organizacije za standarde (ISO) za tela za sertifikaciju, Baldrige kriterijume uspešnosti i Model uspešnosti Evropske fondacije za upravljanje kvalitetom (**EFQM**).²⁴

Glavni pravci delovanja ISQua su²⁵:

- sigurnost pacijenata i zdravstvene zaštite,
- menadžment rizika,
- motivacija zdravstvenog kadra u obezbeđivanju kvalitetnije nege,
- zadovoljstvo pacijenta kao evaluaciono oruđe u oceni uspešnosti akreditacije,
- razvoj i unapređenje indikatora u svim oblastima i
- akreditacija zdravstvenih ustanova.

Postoji osam ISQua standarda i to²⁶:

Standard 1: Upravljanje i strateške smernice

Standard 2: Organizacija i menadžment

Standard 3: Upravljanje ljudskim resursima

Standard 4: Izbor, razvoj i preraspodela ocenjivača

Standard 5: Upravljanje finansijskim resursima

Standard 6: Upravljanje informacijama

Standard 7: Upravljanje ispitivanjem /ocenjivanjem

Standard 8: Proces akreditacije/sertifikacije, i

Pet principa, koji su²⁷:

- jasni, počivaju na jasnim logičkim osnovama
- merljivi,
- specifični,
- zasnovani na savremenim istraživanjima kvaliteta i
- obuhvataju zahteve za razvoj standarda koji su sadržani u pomenutih osam posebnih ISQua Međunarodnih standarda.

²⁴ Calligaro KD et al. J Vase Surg 1994;“A clinical pathway for inguinal hernia repair reduces hospital admissions”.

²⁵ ISQua Checklist for Development of new Healthcare Accreditation Programmes (ISQua, November 2006).

²⁶ ISQua Checklist for Development of new Healthcare Accreditation Programmes (ISQua, November 2006).

²⁷ Šofranac R. Šofranac M.“Menadžment kvalitetom u medicini“ Pobjeda 2007 Podgorica.

3.1 Razlozi za primenu ISO standarda u našoj zemlji

Primena ISO standarda koji se odnose na sistem menadžmenta kvaliteta, nije jednostavan niti lak zadatak za zdravstvene institucije. Osnovni razlozi za uvođenje standarda su sledeći²⁸:

- *DRŽAVNI INTERESI*
 - Usklađivanje sa politikom i procesom evropske integracije Srbije. Pomoć zdravstvenim institucijama da ISO standarde uvedu kako bi bile prepoznatljive na mapi institucija u Evropi²⁹,
 - Racionalizacija i unapređenje sistema zdravstva u Srbiji.
- *INTERESI ZDRAVSTVENIH INSTITUCIJA*
 - Uspostavljanje sistema menadžmenta kvaliteta i uvođenje reda u poslovanje zdravstvenih institucija,
 - Definisane vizije, misije od strane najvišeg rukovodstva organizacije, politike kvaliteta i strategije,
 - Sprovođenje definisane politike kvaliteta, putem jasno i merljivo definisanih opštih i posebnih ciljeva,
 - Razvojni planovi i programi,
 - Omogućavanje sledljivosti podataka kroz dokumentovano definisan način postupanja sa zapisima i njihovim arhiviranjem,
 - Analiza zapisa i praćenje trendova- merenja i analize (mortalitet, morbiditet, stepen uspešnosti rehabilitacije...),
 - Primena korektivnih i preventivnih mera ukoliko za to postoji potreba,
 - Preispitivanje od strane rukovodstva i stalno poboljšanje...
- *INTERESI PACIJENATA*

Pacijenti su krajnji korisnici zdravstvenih usluga. Standardizacija u zdravstvu daje im sigurnost primene adekvatnog protokola lečenja, nezavisno od strane lekara koji ga

²⁸ Panić G., *Život nakon operacije na srcu-inicijalni oporavak*, Beograd, 2010.

²⁹ Ware J.E., Snyder M.K. (1976) Dimensions of patients' attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*, Vol 13: 669-683.

primenjuje. Postupanje svih zaposlenih, prema jasno definisanim dokumentovanim procedurama, uputstvima, instrukcijama uz vođenje odgovarajućih evidencija i zapisa treba da bude garancija zadovoljstva pacijenata. Protokol određene procedure ili postupka može, po potrebi, biti dopunjen drugim procedurama i postupcima ukoliko je to neophodno za specifičnog pacijenta (svaki pacijent je zaseban slučaj). Ipak, protokol mora biti poštovan u potpunosti.³⁰

- *INTERESI ZAPOSLENIH*

- Definisanje granica odgovornosti za obavljeni posao,
- Definisani procesi, primena dokumentovanih procedura i postupaka i njihove interakcije,
- Isključivanje događanja neprijatnih situacija u komunikaciji sa nadređenim ukoliko je postupak urađen po definisanoj proceduri i/ili protokolu.
- Zdravstvene organizacije treba da definišu svoje *procese*, a oni su po tipu multidisciplinarni i uključuju, kako administrativne, tako i druge servise čija je svrha tretman pacijenata.³¹

Procesi podrazumevaju:

- Razvijanje i procesuiranje treninga i edukacije,
- Sprovođenje i definisanje hiruških procedura,
- Preventivne i korektivne radnje u cilju održavanja i unapređivanja opreme i smeštajnih kapaciteta,
- Razmatranje ukupnih potreba za uslugama i planiranje,
- Priprema servisa za šifriranje i naplatu računa lečenja,
- Kontinuirana briga o pacijentu u svim okolnostima,
- Konsultacije sa porodicom pacijenta.

U okviru sistema menadžmenta kvalitetom naročito je značajno:

- Razumevanje i u potpunosti ispunjenje zahteva,

³⁰ NHS Quality Improvement Scotland. Patients focus and Public Involvement. 2003.
<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/158744/0043087.pdf> Preuzeto 05.09.2012.

³¹ Ware J.E., Synder M.K., Wright W.R., Davies A.R. (1983) Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Eval Prog Plan, Vol. 6: 247-263.

- Razmatranje procesa u smislu stalnog unapređenja (dodatna vrednost),
- Pribavljanje rezultata koji se odnose na karakteristike procesa i njihovu efikasnost,
- Kontinuirano poboljšanje procesa bazirano na objektivnim merenjima ISO 9001, specifično ne definiše šta konkretno treba da čine lekari- profesionalci, jer je to stvar struke, već treba da obezbedi uslove da se procesi odvijaju konzistentno i u kontrolisanim okolnostima. Protokoli pružanja konkretnih usluga donose se konsenzusom određene grupe profesionalaca.

Principi i zahtevi standarda ISO 9001 su koncipirani tako da zadovoljstvo korisnika usluge stavljaju u prvi plan. Ovog zadovoljstva svakako ne bi bilo ukoliko bi bilo zanemareno zadovoljstvo drugih interesnih strana- zaposlenih, vlasnika, partnera i društva u celini. Kako se to postiže? Pre svega jasnim definisanjem merljivih ciljeva kvaliteta na nivou čitave organizacije i na nivou svih procesa. Praćenjem realizacije ovih ciljeva i merenjem efektivnosti i efikasnosti svih procesa mogu se izvršiti kvalitetne analize i preduzeti korektivne i preventivne mere i mere poboljšanja, kako je već napred naglašeno.

3.2 Osnovne determinante kvaliteta usluga u zdravstvu

Osnovne determinante kvaliteta usluga u zdravstvu su³²:

- *KOMPETENTNOST* osoblja (posedovanje znanja i sposobnosti),
- *BRZINA* pružanja usluge (vreme čekanja, brzina pristupa, vreme rada...),
- *LJUBAZNOST* osoblja (učtivost, poštovanje, empatija...),
- *KOMUNIKACIJA* (razumljive informacije pacijentu umesto šturih reči ili latinskih izraza...),
- *KREDIBILITET* (osećaj poverenja, reputacija...),
- *BEZBEDNOST* (minimalni rizik, upoznavanje sa rizikom),
- *RAZUMEVANJE* (potreba i zahteva korisnika, pažnja...),
- *MATERIJALNOST* (oprema, dokumentacija, izgled osoblja...),
- *POUZDANOST* (pružanje usluge u pravo vreme na pravi način, po jasno utvrđenim pravilima...),
- *ODGOVORNOST* (osećaj odgovornosti kod zaposlenih...).

³² Panić G., *Život nakon operacije na srcu-inicijalni oporavak*, Beograd, 2010.

Primenom ISO 9001 obezbeđuje se da se svi ključni procesi i aktivnosti (od prijema pacijenata pa nadalje) odvijaju prema pisanim procedurama za koje se vode ažurni zapisi. Svi učesnici u ovim procesima i aktivnostima dobijaju od svog menadžmenta eksplicitno definisane odgovornosti i ovlašćenja u pisanom obliku (odgovornost i autoritet za realizaciju su jasno definisani i transparentni, mogu biti saopšteni na različite načine kroz matrice odgovornosti, procedure, radne naloge).

Održavanje opreme i redovno baždarenje mernih instrumenata je obavezno, čime se sprečava pojava pogrešnih dijagnoza i psihofizičkog maltretiranja pacijenata. Objekti (ambulante, bolničke sobe, pomoćne prostorije i sl.) se održavaju primenom najviših higijenskih normi, čime se sprečavaju pojave hospitalnih infekcija.³³

Zapisi i arhive zapisa (zdravstveni kartoni, istorije bolesti, bolničke liste...) uredno se vode i održavaju. Primedbe i žalbe pacijenata se brižljivo razmatraju i obavezno preduzimaju odgovarajuće mere za sprečavanje ponavljanja istih ili sličnih propusta i grešaka.

Primena principa i zahteva ISO 9001 standarda u zdravstvu je veoma značajna, jer dovodi pre svega do holističkog pristupa pacijentu, umesto redukcionističkog, čime pacijent prestaje da bude tretiran kao >>*oboleli organ*<<, već kao kompletna ličnost.³⁴

³³ Hsieh C-M. Using client satisfaction to improve case management services for the elderly. Res Soc Work Pract 2006;16:605–612.

³⁴ Baker PN, van der Meulen JH, Lewsey J, Gregg PJ. The role of pain and function in determining patient satisfaction after total knee replacement. J Bone Joint Surg 2007;89:893–900.

4 MERENJE KVALITETA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Ključna karakteristika kvaliteta uopšte a naročito kvaliteta zdravstvenih usluga jeste njegova kompleksnost i multidimenzionalnost faktora koji ga određuju.

4.1 Faktori koji određuju kvalitet zdravstvenih usluga

Osnovni elementi na osnovu kojih određujemo kvalitet medicinske usluge su indikatori i standardi. Indikatore definišemo kao merljive činjenice unutar procesa lečenja kao što su: smrtnost kod određene operacije, učestalost pojedinih komplikacija, učestalost nezadovoljavajućih rezultata lečenja, zadovoljstvo bolesnika, vreme boravka u bolnici ili trošak po danu. Standardi su vrednosti sa kojim upoređujemo indikatore.

Prema ISQua Međunarodnim principima za standarde u zdravstvu da bi se smatrale kvalitetnim zdravstvene usluge moraju biti dostupne, adekvatne, trajne, delotvorne, isplative, sigurne i održive, trebaju ih pružiti sposobne službe, pune razumevanja. Sadržaj standarda kojima se meri kvalitet zdravstvenih usluga mora biti zasnovan na navedenim dimenzijama kvaliteta, osim toga standardi moraju doprinositi poboljšanju kvaliteta i uspešnosti u zdravstvenim institucijama i širem sistemu zdravstvene zaštite, trebaju biti fokusirani na pacijentu, moraju biti uspostavljeni uz podršku menadžmenta i infrastrukture u instituciji, moraju se planirati, formulisati i ocenjivati kroz utvrđeni proces i na kraju standardi moraju omogućiti konzistentno merenje. Međunarodna organizacija za standardizaciju - ISO svetsko je udruženje nacionalnih tela za standardizaciju, koje je službeno počelo delovati 1947. godine, a danas okuplja 148 zemalja.³⁵ Sistem menadžmenta kvaliteta opisan je u standardu ISO 9001:2008. Navedeni standard je generički, zahtevi u njemu su dati tako da se mogu primeniti na svaku organizaciju bez obzira na njenu vrstu, veličinu i ponuđeni proizvod ili uslugu. Primena ovog standarda u fleksibilno postavljenom sistemu kao što je zdravstvo uglavnom podrazumeva standardizaciju uobičajenih postupaka, upravo onako kako se oni i obavljaju u svakodnevnoj praksi.³⁶

³⁵ Šofranac R. Šofranac M. "Menadžment kvalitetom u medicini" Pobjeda 2007 Podgorica.

³⁶ J Watch Emergency Med. 2006; "Nursing Home Clinical Pathway for Respiratory Infections Reduces Hospitalization".

4.2 Merenja kvaliteta u zdravstvu

Veliki broj zemalja pokušao je definisati indikatore za rutinske aktivnosti i podatke o ishodima kao objektivne mere kvaliteta. Indikatori variraju između samoocene i eksterne ocene pa do akreditacije i kontrole. Tako je npr. Ministarstvo zdravstva Italije definisalo 65 852 indikatora za implementaciju i monitoring bolničke i primarne zdravstvene zaštite dok se recimo u Švedskoj vodi 40 nacionalnih specijalističkih baza podataka (npr. fraktura kuka, moždani udar i sl.) za „banchmarking“ i upoređivanje između davalaca unutar države ali i za uspoređivanje sa drugim državama. Glavne metode merenja učinaka zdravstvenih ustanova su:

- inspekcija kojom se meri ispunjavanje minimalnih zahteva za sigurnost pacijenata i osoblja;
- ispitivanjem onog što pacijenti i javnost smatraju važnim;
- nezavisna procena može obuhvatati mere prema standardima ili prema programu akreditacije te analiza statističkih indikatora.

Kod merenja kvaliteta zdravstvene zaštite u jednoj zemlji najčešće se meri kvalitet inputa (raspoloživih ljudskih, finansijskih, i stručnih resursa: uspešnosti u prikupljanju i alokaciji finansijskih sredstava, pravičnosti u raspodjeli troškova i korisnosti), procesa (kako se navedeni resursi koriste: efikasnost, izbegavanje nepotrebnog trošenja, smanjenje rizika, praksa na osnovu dokaza, zaštita fokusirana na pacijenta, informisanje javnosti) ili na osnovu merenja kvaliteta postignutih rezultata (zdravlje stanovništva, klinički ishodi, ispunjenje očekivanja javnosti i radnika i sl.). Međutim, ovde je važno spomenuti da vodeći računa o interesima različitih aktera koji su uključeni u pružanje medicinske usluge možemo razlikovati tri dimenzije kvalitete:³⁷

- a) kvalitet za korisnika,
- b) kvalitet kako ga vide zdravstveni profesionalci i
- c) kvalitet kako ga opaža menadžment.

Kvalitet kako ga opaža menadžment podrazumeva ocenu medicinske usluge u odnosu na efikasnost, efektivnost te u odnosu na smernice koje su propisali donosioci političkih i finansijskih odluka u zdravstvenom sistemu.

³⁷ William G.Zikmund (2003), “Business Research Methods”, 7 ed, South- Western.

Prema standardu ISO 10004 zadovoljstvo korisnika je određeno razlikom između očekivanja korisnika i percepcije korisnika o proizvodu (usluge) koji je organizacija isporučila.³⁸ Da bi se postiglo zadovoljstvo korisnika, organizacija (klinika, bolnica...) prvo mora da razume očekivanja korisnika (pacijenata). Ova očekivanja mogu biti eksplicitna ili implicitna, ili mogu biti takva da nisu potpuno artikulirana. Očekivanja korisnika, kako ih razume organizacija, obrazuju primarnu osnovu za proizvod (uslugu) koji se zatim planira i isporučuje. Obim do kojeg korisnik smatra da isporučeni proizvod ispunjava ili prevazilazi njegova očekivanja određuje stepen zadovoljstva korisnika.

Iako mogu postojati indirektni indikatori zadovoljstva, obično je neophodno da se prikupe podaci o zadovoljstvu korisnika direktno od korisnika. Organizacija treba da izabere metod za prikupljanje podataka o zadovoljstvu korisnika koji odgovara potrebama i vrsti podataka koje treba prikupiti. Metod koji se uobičajeno koristi za prikupljanje takvih podataka je istraživanje, koje može da bude kvalitativno, ili kvantitativno, ili i jedno i drugo.

Kvalitativna istraživanja su ona koja su uobičajeno projektovana da otkriju karakteristike proizvoda, isporuke ili organizacije koje su relevantne za zadovoljstvo korisnika. Ona se uobičajeno sprovode da bi se razumele ili istražile individualne percepcije i reakcije, kao i da otkriju ideje ili pitanja. Ona su relativno fleksibilna u primeni, ali mogu biti subjektivna.

Kvantitativna istraživanja su ona koja su projektovana da mere stepen zadovoljstva korisnika. Ona se uobičajno sprovode da se prikupi skup podataka korišćenjem fiksnih pitanja ili kriterijuma. Ova istraživanja se koriste da bi se utvrdio status, izvršio „benchmarking“ ili da bi se pratile promene tokom vremena.³⁹

Merenje kvaliteta neopipljivog uslužnog proizvoda postaje veliki izazov za menadžere i administratore u sveri zdravstvenih usluga. Novi naglasak na kvalitet usluge i merenje ishoda je vodilo povećanom poštovanju značaja pacijentove percepcije usluge koju dobija. Zadovoljstvo pacijenta je sada u fokusu brige za obezbeđenje kvaliteta i jedan od očekivanih

³⁸ ISO 10004 (ISO 10004 – Menadžment kvalitetom – Zadovoljstvo korisnika – Uputstva za praćenje i merenje).

³⁹ SRPS ISO 10004:2010, Menadžment kvalitetom – Zadovoljstvo korisnika – Uputstva za praćenje i merenje, Institut za standardizaciju Srbije, 2010.

ishoda usluge. Podaci o zadovoljstvu pacijenata mogu se dobiti kroz različite strukturne mehanizme.⁴⁰

Pregled i analiza kvalitativnih i kvantitativnih metoda za merenje zadovoljstva korisnika u zdravstvu dati su u radu Forda i saradnika 1999.

Kvalitativni metodi koji se koriste za merenje zadovoljstva korisnika u zdravstvu su:⁴¹

- *Opservacije menadžmenta*
- *Povratne informacije od zaposlenih*
- *Radni timovi i kružoci kvaliteta*
- *Fokus grupe*

U poređenju sa kvalitativnim metodama za procenu zadovoljstva korisnika, prikupljanje kvantitativnih podataka o iskustvima pacijenta vezanim za dobijenu uslugu predstavlja mnogo tačniju metodu u merenju servisnog iskustva pacijenta. Kvantitativni metodi za merenje zadovoljstva korisnika u zdravstvu su⁴²:

- Karte komentara
- Anketa
- Personalni intervju
- Telefonska ispitivanja
- Tajni kupci

Prvo nacionalno ispitivanje zadovoljstva pacijenata u Srbiji obavljeno je 2004. godine, a sistematska ispitivanja se sprovode od 2005. godine. Princip dobijanja podataka kod hospitalizovanih pacijenta je da se na osnovu ankete, koja se sprovodi jednom godišnje tokom jedne sedmice i to pri otpustu pacijenta, a kod ambulantnih pacijenta po završetku

⁴⁰ISO 10004 (ISO 10004 – Menadžment kvalitetom – Zadovoljstvo korisnika – Uputstva za praćenje i merenje).

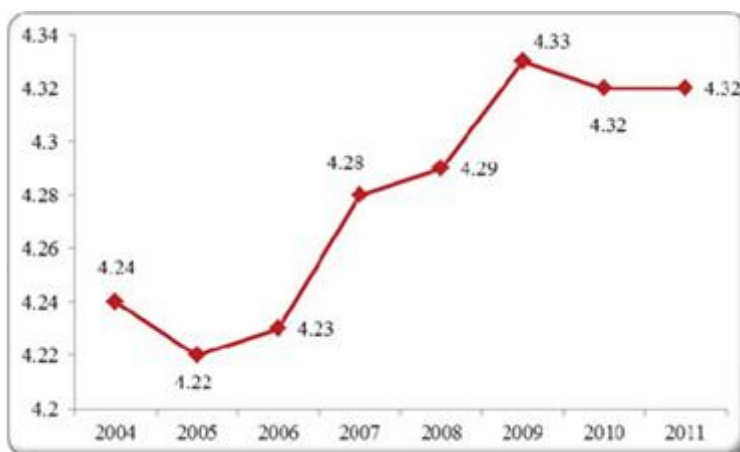
⁴¹ Kostić E., Merenje zadovoljstva korisnika usluge na primeru Delta DMD-a. Quarterly Marketing Journal, Vol.41, No. 4, pp. 268-276.

⁴² Kostić E., Merenje zadovoljstva korisnika usluge na primeru Delta DMD-a. Quarterly Marketing Journal, Vol.41, No. 4, pp. 268-276.

usluge. Pitanja su tako koncipirana da pacijenti na postavljena pitanja daju ocenu zadovoljstva na skali od 1-5:⁴³

- 1 – veoma nezadovoljan,
- 2 – nezadovoljan,
- 3 – ni zadovoljan ni nezadovoljan,
- 4 – zadovoljan,
- 5 – veoma zadovoljan.

Rezultati dosadašnjih ispitivanja ukazuju na dosta visok procenat zadovoljstva pacijenta u našoj zemlji, sa ukupnom ocenom iznad 4. Takođe može se videti da ova ocena iz godine u godinu raste (manja odstupanja za 2010. i 2011. godinu), što bi ukazivalo da su pacijenti u našoj zemlji sve zadovoljniji pruženim zdravstvenim uslugama i funkcionisanjem zdravstvenog sistema (Slika 2).



Slika 2. Trend ocena zadovoljstva bolničkim lečenjem u Srbiji 2004-2011.god. Preuzeto iz izveštaja Instituta za javno zdravlje Srbije o zadovoljstvu korisnika bolničkim lečenjem za 2011. godinu.⁴⁴

⁴³ Upitnik o zadovoljstvu pacijenata bolničkim lečenjem. Insitut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović-Batut“. <http://www.zdravlje.org.rs> Preuzeto 12.09.2012.

⁴⁴ <http://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Izvestaj%20o%20zadovoljstvu%20korisnika%202011.pdf> Preuzeto 12.09.2012.

4.3 Tehnika kritičnih incidenata (Critical Incident Technique- CIT)

Koja pitanja postaviti korisniku zdravstvenih usluga da bi saznali koje su njihove potrebe i očekivanja? Kako utvrditi prioritete u potrebama korisnika? Na ova pitanja možemo dobiti odgovor uz pomoć CIT. Tehnika kritičkih incidenata je neophodna u identifikaciji zahteva korisnika za kvalitet. Kritički incident je specifičan primer iskustva korisnika stečenog prilikom korišćenja usluge ili proizvoda koji opisuje njegove pozitivne ili negativne učinke.⁴⁵ Pozitivan primer iskustva sa korišćenjem zdravstvene usluge ukazuje na one karakteristike kvaliteta usluge koje bi korisnik želeo prilikom svakog korišćenja usluge zdravstvene ustanove. Negativan primer iskustva sa korišćenjem zdravstvene usluge ukazuje na nivo karakteristika kvaliteta usluge pri kojem će pacijent postaviti pitanje o kvalitetu zdravstvene ustanove koja pruža određene usluge. Kritički incident treba da bude što je moguće više konkretan i specifičan da bi bio koristan u poboljšanju kvaliteta.

Korisnici zdravstvenih usluga nisu u stanju da daju informacije koje možemo direktno koristiti, tako da traganje za informacijama koje mogu biti od koristi u planiranju kvaliteta usluge zahteva specifične veštine. Tehnika kritičkih incidenata nam omogućava da:⁴⁶

1. Identifikujemo potrebe ili očekivanja korisnika za kvalitetom konkretnog proizvoda ili usluge
2. Definišemo sadržaj upitnika (ankete) kojim se vrši: provera da li su zahtevi za kvalitet dobro definisani i/ili definišu prioritete u zahtevima korisnika.

⁴⁵ Edvardsson, B. i Roos, I. Critical Incident Techniques - Towards a framework for analysing the criticality of critical incidents 2001. Publicerad in: *International Journal of Service Industry Management*. 12(3-4). str 251-268.

⁴⁶ Edvardsson, B. i Roos, I. Critical Incident Techniques - Towards a framework for analysing the criticality of critical incidents 2001. Publicerad in: *International Journal of Service Industry Management*. 12(3-4). str 251-268.

5 KVALITET ZDRAVSTVENE NEGE

Već nekoliko desetina godina zapažamo svuda u svetu pa i kod nas intenzivno proučavanje da se što tačnije opredeli područje rada medicinskog osoblja i uloga osoblja u zdravstvenom timu. Podizanje kvaliteta zdravstvene nege bolesnika i osiguranika jedan je od glavnih ciljeva svake zdravstvene ustanove. Kada se pitamo kako da postignemo ovaj cilj dolazimo do saznanja da moramo najpre da rasčistimo mnoge nejasnosti koje se odnose na opredeljenje zdravstvene nege i ocenjivanje kvaliteta nege.⁴⁷

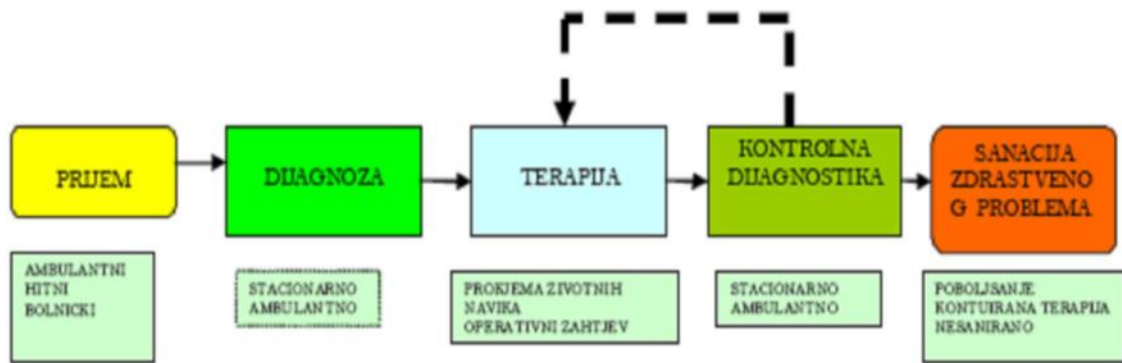
Moramo da damo odgovore na pitanja:

- Šta je zdravstvena nega?
- Koje su specifične i bitne komponente zdravstvene nege?
- Kada možemo zdravstvenu negu da ocenimo kao kvalitetnu?
- Kakav je danas nivo kvaliteta zdravstvene nege kod nas i u svetu?
- Šta želimo u zdravstvenoj nezi da promenimo i kako da postignemo te promene?

Pitanja je puno i mada se poslednjih nekoliko decenija nakupio već veliki broj odgovora, ne možemo da tvrdimo da bilo koji odgovor ukazuje na definitivno i sasvim zadovoljavajuće rešenje. Pitanja koja sam nabrojao kao i mnoge druge dileme, koje otkrivamo svakodnevno, moraće, uglavnom, da reše zdravstveni radnici. Stručna osposobljenost, ozbiljno proučavanje sopstvenih prilika, uspeha i nedostataka, kao i konstruktivno – kritički odnos prema događajima na profesionalnom području u svetu, mogu da donesu očekivane uspehe tj. kvalitetniju zdravstvenu negu.

Ako pratimo stručnu literaturu o zdravstvenoj nezi, zapažamo da je poslednjih 15-ak godina mnogo napisano o organizaciji rada, a naročito o metodologiji rešavanja problema zdravstvene nege kod pojedinih osiguranika i bolesnika, kao i u grupama. Naročito mnogo se pisalo o tzv. procesu zdravstvene nege koji bi, ukoliko bi ga usvojili, bitno uticao na racionalizaciju postupaka nege i time omogućio prepotrebnu individualizaciju, odnosno prilagođavanje sadržaja i metode rada potrebama pacijenata (Slika 3).

⁴⁷ Cleary P, Edgman-Levitan S, McMullen W, Delbanco T. The relationship between reported problems and summary evaluations of hospital care. *Qual Rev Bull* 1992; February: 53–59.



Slika 3. Tok aktivnosti u pružanju zdravstvenih usluga (nege)⁴⁸

Svetska zdravstvena organizacija označila je **proces nege** kao redosled sledećih radnih faza:

- *ocena potrebe i mogućnosti nege;*
- *planiranje sadržaja i metode rada;*
- *izvođenje radnog plana nege (sa dokumentacijom);*
- *evaluacija (sa povratnom informacijom).*

Da je proučavanje procesa nege danas u centru pažnje dokazuje i uključivanje ove teme u istraživački program Svetske zdravstvene organizacije, kao i uključivanje brojnih tema o procesu nege u stručni deo programa kongresa ICN, koji se nekoliko puta održavao u Los Angeles-u. Glavni zadatak danas je prva radna faza procesa nege tj. ocenjivanje potreba i mogućnosti nege.

U kvalitetnu zdravstvenu negu ubrajamo onu negu, koja je sadržajno i metodološki u skladu sa savremenim načelima i nalazima prirodnih i društvenih nauka (a naročito sa medicinom s kojom se neposredno povezuje) i koja u najvećoj mogućoj meri poštuje individualne potrebe bolesnika i osiguranika, kojima je i namenjena.

Prvi element menadžmenta, koji treba razmotriti kako bi zdravstvena nega bila na visokom nivou, je komunikacija sa osobljem u celoj zdravstvenoj organizaciji. Takva komunikacija treba da podigne profil inicijativa za kvalitet i učini da osoblje na svim nivoima organizacije shvati koliko može doprineti (i koliko već doprinosi) tome da se postigne određeni kvalitet nege i usluga. Članovi zdravstvenog tima ne rade izolovano jedni od drugih, niti izolovano od drugih odeljenja i službi unutar organizacije. Postoji komplikovana šema odnosa na relaciji snabdevač – korisnik u okviru svakog zdravstvenog okruženja, s tim da svaki od njih zavisi i od ostalih što se tiče obezbeđivanja kvalitetne nege i usluga pacijentima.

⁴⁸ Heleta M. Procesi i dokumentacija QMS, prezentacija, Univerzitet Singidunum, 2010.

Metodi kojima se ovo može postići su sledeći:

- Prvo, sprovesti edukativni program za osoblje u organizaciji, kako bi se prodiskutovali osnovni koncepti obezbeđivanja kvaliteta, kao i pozadina potrebe za inicijativama ove vrste.
- Drugo, obezbediti sistem komunikacije, kao i “bilten kvaliteta” koji je dostupan osoblju na svim nivoima u okviru organizacije. Bilten se može izložiti na oglasnoj tabli, cirkulisati među osobljem, s tim da se zahtevaju povratne informacije i komentari.
- Treće, uključivati sva očekivana učešća u aktivnosti za obezbeđivanje kvaliteta i za opis svih poslova.
- Ovaj finalni metod se može pojačati sistemom izvođenja individualnog pregleda sa elementima kvaliteta koji su identifikovani kao ključni indikatori sprovođenja, počev od vrha organizacije do onih koji direktno pružaju usluge i negu. Povratne informacije i deljenje informacija sa pacijentima i njihovim porodicama, u odnosu na inicijative kvaliteta je drugi deo edukativnog i komunikativnog procesa.
- Menadžmet promene koja sledi posle kontrole nege predstavlja glavni element. Promena zahteva vreme, napor i resurse. Vođe strukture menadžmenta kvaliteta moraju podržavati i održavati proces promene; inicijalna kontrola će se pokazati kao uzaludan napor, ukoliko se promene identifikuju a ništa ne učini da se one i sprovedu. Ponovna kontrola nema svrhe ako neka faza promene nije sprovedena. Poštenje je ovde od suštinskog značaja i konstruktivno, ako se promena ne može postići iz bilo kog razloga to se mora jasno reći i usaglasiti sa svim nivoima organizacije.⁴⁹

Definicija nivoa nege koja se mora postići postiže se istraživačkim radom i referentnim pristupima koji jasno i precizno definišu domet i prirodu potreba ili problema i opravdanja učešća svake profesionalne grupe.

Resursi su neophodni za postizanje definisanog nivoa nege i oni su kategorizovani u tri grupe:⁵⁰

⁴⁹ Ware J.E., Snyder M.K. (1976) Dimensions of patients' attitudes regarding doctors and medical care services. Medical Care, Vol 13: 669-683.

⁵⁰ Mitrović S. (2008), Priprema bolničkih odeljenja za kontrolu zdravstvene nege, Specijalistički rad, Univerzitet Apeiron Banja Luka.

- ljudi,
- oprema,
- radno okruženje.

Ljudi, kao resurs uključen u osnovna znanja i umeća, predstavlja osnovni element sa kojim zdravstveni radnici rade. Doktori i sestre, kao zdravstveni radnici morali bi da imaju pristup kontinuiranoj edukaciji, koju bi organizovao menadžer odeljenja za edukaciju, ili kroz pristup eksternom program edukacije. Na taj način oni bi održali i dalje razvijali svoje znanje – osnovu umeća i veštine u poslu.

Oblast označena kao “ljudi – osoblje” podrazumeva i ostale članove multidisciplinarnog tima, identifikovane kao neophodna stručna snaga, koja služi kao resurs i za zdravstveno osoblje i za potrebe pacijenata na određenom nivou koji treba da se postigne.

Najveći broj zdravstvenih ustanova u Srbiji nema uopšte implementiran sistem menadžmenta kvaliteta, zasnovan na zahtevima standarda ISO 9001. U oblasti hiruškog lečenja i rehabilitacije pacijenata operisanih na srcu, ovaj standard kao i srodni standardi u Republici Srbiji, koliko je autoru poznato nije uvela i primenila ni jedna institucija, iz ove dve specijalizovane oblasti. Za uvođenje ISO standarda u oblasti sistema upravljanja kvalitetom (sada je u primeni standard za sistem menadžmenta kvaliteta, ISO 9001:2008), potrebno je pre svega opredeljenje najvišeg rukovodstva. Od izuzetnog je značaja svest i kompetentnost zaposlenih u vezi značaja primene sistema menadžmenta kvaliteta, korisnosti i zadovoljstva pacijenata kvalitetom pruženih zdravstvenih usluga. Za uvođenje i uspeh primene veoma je važna i podrška resornog Ministarstva zdravlja, ali i šire društvene zajednice. Uz mnogobrojne navedene razloge, uvođenje ISO standarda omogućilo bi adekvatno rangiranje institucija u skladu sa efikasnošću funkcionisanja i realne uspešnosti. Rangiranje institucija zdravstva je višedecenijska praksa u razvijenim državama u svetu. Nakon uvođenja i primene standarda u zdravstvenim institucijama, potrebno je izvršiti potvrđivanje usaglašenosti primene relevantnog standarda sistema upravljanja kvalitetom, sto se vrši preko treće strane, odnosno nezavisnog sertifikacionog tela koje je akreditovano od strane nacionalnog akreditacionog tela, za poslove sertifikacije.⁵¹

⁵¹ Nwabueze, U., 1997, Editorial: Total Quality Management in Health Care, Total Quality Management, Vol. 8, No. 5, pp. 203.

6 MENADŽMENT KVALITETA ZDRAVSTVENE NEGE I LEČENJA U HIRUŠKIM USTANOVAMA

Hiruške ustanove su važna komponenta svakog zdravstvenog sistema, kojima se posvećuje malo pažnje od strane donosioca odluke. One su značajne za zdravstveni sistem iz nekoliko razloga. Prvo, još uvek značajan deo zdravstvenog budžeta odlazi na hiruške bolnice. Drugo, bolnice obezbeđuju specijalističke usluge i imaju veoma važan utiaj na celokupni sistem zdravstvene zaštite. Treće, specijalisti koji rade u bolnicama se nameću kao profesionalni lideri. Četvrto, kroz tehnološki i farmaceutski razvoj koji se reflektuje kroz pružanje novih zdravstvenih usluga, hiruške ustanove mogu potencijalno doprineti poboljšanju ukupnog zdravstvenog stanja populacije.⁵²

Zdravstvene ustanove treba da uvažavaju činjenicu da se zdravstvenim organizacijama ne garantuje uspeh na tržištu i njihov opstanak samom činjenicom njihovog postojanja. U ne dalekoj prošlosti bolnice su gradile i finansirale svaka opština ili region koji je to sebi mogao da priušti. Služba socijalnog osiguranja je dozvoljavala nadoknadu za neograničenu hospitalizaciju i za svaku proceduru i tretman koji je zahtevao lekar-hirurg. Danas su materijalna sredstva rezervisana za zdravstvenu zaštitu vidno ograničena. Evidentan je kako pad zdravstvenog standarda uopšte, tako i pad ličnog komfora pacijenata u hospitalnim uslovima, a i pad ličnog standarda radnika zaposlenih u zdravstvu. Uvedena je participacija za određene zdravstvene usluge čiji je standard iznad nivoa utvrđenih ugovorom između fonda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova. U novije vreme osnivaju se privatne hiruške klinike, centri za negu starih, zdravstvene organizacije i druge zdravstvene usluge, koje u obezbeđivanju odgovarajuće zdravstvene usluge teže profitu. Tako, prodajući usluge radi sticanja profita te zdravstvene ustanove teže da zadovolje korisnike zdravstvenih usluga-pacijenata i šticećenika.⁵³

⁵² P. M. Andre, N. H. Afgan, M. G. Carvalho, Management System Sustainability (Based on QMS, EMS, H&S and Business Indicators), International Journal for Quality Research, No. 2.

⁵³ D. Tadic, V. Cvjetkovic, D. Milovanovic, Determining and Monitoring of the Therapy Procedures by Application of the Artificial Intelligence Methods Relevant for Acquiring of the Quality Excellence in the Processes of The Medical Treatment, International Journal for Quality Research, No.3.

Javlja se konkurencija od strane privatnih zdravstvenih ustanova. Zato zdravstvene organizacije moraju biti sposobne da usklade svoje mogućnosti i asortiman usluga sa odgovarajućim potrebama, zahtevima i prioritetima nametnutim od strane korisnika usluga i društva u celini. Sadašnje stanje u zdravstvu je nezadovoljavajuće, čak i alarmantno. Dva su problema izrazita. Prvi je akutna nestašica materijalno finansijskih sredstava, što umanjuje realne mogućnosti zdravstva za bolje i efikasnije delovanje, a drugi je što postojeći načini organozovanja upravljanja ove organizacije čini ne efektivnim i ne efikasnim. Pomenuti problemi učinili su da nivo zdravstvene zaštite, pored medicinskog znanja i savremene medicinske opreme traži i prisustvo profesionalnih znanja i veština iz oblasti menadžmenta. Opravdanost neophodnom pristupu promena u zdravstvu proizilazi iz sledećih razloga:⁵⁴

- Evidentno se smanjuje kupovna moć odnosno broj imućnih pacijenata (kao korisnika medicinskih usluga), smanjuje se broj državnih i društvenih organizacija, opada nivo kvaliteta usluga, od preventivnih delovanja do pružanja visokospecijalizovanih usluga, kao i drugih pomoćnih pratećih usluga, takođe slabi konkurentna pozicija i pogoršava se sveukupni lik zdravstvenih organizacija.
- Primetan je rast troškova na svim nivoima uprkos opadanju kvaliteta, smanjuje se prihod i čista dobit, slabi motivacija zaposlenih, česte nestašice sredstava za rad ugrožavaju normalno odvijanje poslovnih procesa. Primetno je odsustvo sistema vrednosti oko kojih bi se zaposleni okupili sa uverenjem da je njihov posao značajan u društvu. Zbog toga neophodno je da se pomenuti problemi u zdravstvu rešavaju smišljeno i organizovano, u skladu sa potrebama, zahtevima i prioritetima u dostizanju najvažnijih ciljeva - očuvanja i poboljšanja zdravstvenog stanja pojedinaca i zajednice.

Od početka osamdesetih godina prošlog veka, mnoge zemlje sveta su značajno redukovale svoje bolničke kapacitete i izvršile prebacivanje nekih usluga ka alternativnim oblicima pružanja zdravstvene zaštite. Sve više se bolnice u svetu počinju fokusirati na akutnu negu, primajući isključivo ljude sa stanjima koja zahtevaju relativno intenzivnu medicinsku negu, ili

⁵⁴ Bjegović V, Simić S, Dimitrijević Z, Šaulić A. Akreditacija zdravstvenih ustanova kao spoljašnji mehanizam unapređenja kvaliteta. Kvalitet u zdravstvenoj zaštiti. Beograd, 2001.

sofisticiranu negu ili lečenje. Zdravstveni sistem države Srbije je potrebno približiti zdravstvenom sistemu razvijenih zemalja u pogledu obezbeđenja i pružanja visoko kvalitetnih zdravstvenih usluga i zadovoljavanje potreba svih građana Srbije. Izvesno je da će biti potrebne godine pa čak decenije u sprovođenju reformi zdravstvenog sistema. Samo efikasno organizovana klinika imaće pozitivni efekat na zdravlje ljudi.

Obezbeđivanje kvaliteta postaje aktivnost koja se odnosi na sve članove multidisciplinarnog tima koji se bave lečenjem bolesnika, kao i same osobe kojima se pruža zdravstvena nega. Inicijative za obezbeđivanje kvaliteta imaju brojne forme: to su profesionalno fokusirane inicijative kao što su medicinska, sestrinska i kontrola drugih profila zdravstvenih radnika ili organizaciono fokusirane inicijative kao što su kontrole zadovoljstva uslugama stacionarnih bolesnika gde se procenjuju elementi koji se odnose na okruženje i neprofesionalne momente za vreme boravka pacijenata u hiruškim ustanovama. Razlozi za praćenje i promenu kvaliteta i usluga koji se pružaju u zdravstvenim organizacijama su kompleksi. Shvatanje razloga i svesnost o tome šta sveukupnu delatnost stimuliše kao i razumevanje raznolikih uticaja, omogućavaju zdravstvenim radnicima da preduzimaju inicijativu za obezbeđivanje kvaliteta kako u svoju korist tako i u korist pacijenata. Tako zdravstveni radnici postižu vrhunac, kako u profesiji, tako i u politici pružanja i održavanja nege na najvišem nivou.⁵⁵

Korisnici usluga takođe treba da budu aktivno uključeni u određivanju organizacionog kvaliteta lečenja. Važno je imati na umu da kvalitet nege i lečenja ne izjednačavamo uvek sa zadovoljstvom korisnika. Rezultati nege i lečenja se mogu odraziti na očekivane konsekvence efikasne i efektivne nege i lečenja iz tri perspektive:⁵⁶

- Perspektiva lečenja (nege),
- Perspektiva zdravstvenog radnika (doktora-hirurga, sestre...),
- Perspektiva dokumentacije o zdravstvenom lečenju.

⁵⁵ CAHO Joint Commissions for Accreditation of Healthcare Organizations (1998): National Library of Health Indicators (with glossary).

⁵⁶ Bjegović V, Simić S, Dimitrijević Z, Šaulić A. Akreditacija zdravstvenih ustanova kao spoljašnji mehanizam unapređenja kvaliteta. Kvalitet u zdravstvenoj zaštiti. Beograd, 2001.

Konstatovanje rezultata nege i lečenja može samo da ispuni prvi deo obezbeđivanja kvaliteta, odnosno procesa obezbeđivanja kvaliteta. Sledeći korak bio bi merenje toga da li su rezultati postignuti u praksi.

Ekonomski pritisci za evaluacijom lečenja i usluga u okviru nacionalne zdravstvene službe nisu baš nova stvar, ali kako se zdravstvena nega i zaštita menjala godinama, a ponajviše u poslednje dve decenije, tako su i potrebe za kontrolom kvaliteta rasle. Bilo je i tehnoloških napredaka, kao i pratećih izmena što se tiče zahteva koji su postavljeni pred zdravstvo. Napredak je postignut što se tiče novih aparata, kao što su skeneri koji treba da omoguće preciznu dijagnozu i pripreme pacijenta za nastavak lečenja, napredak u hirurgiji predstavlja laserska tehnika i mikroskopska tehnika, s tim što sve ove nove tehnike u hirurgiji obezbeđuju „brži“ protok pacijenata, redukuju broj bolesničkih dana, mogućnost obrade više pacijenata u toku dana, kao i brže otpuštanje pacijenata kući.

Postoje, takođe, i epidemiološke i socijalne promene koje utiču na obezbeđivanje zdravstvene nege, našta utiče i starosna struktura stanovništva sa patološkim posledicama starosti, kao i pojava prethodno nedijagnostikovanih oboljenja.

Sve ove promene stimulišu potrebu za procenom obezbeđivanja zdravstvenih usluga, racionalizacijom službi i resursa, kao i za formiranjem službi koje će biti efikasne uz opravdane cene. Uvek će postojati neka *krajnja garnica* za resurse koji stoje na raspolaganju za finansiranje i podršku zdravstvu i neizbežno postizanje odgovarajućeg kvaliteta biće pod uticajem ovih ograničenja. Postizanje ravnoteže koja će biti prihvatljiva kako za one koji pružaju zdravstvene usluge, tako i za one koji ih primaju, je osnovni cilj menadžmenta u zdravstvu.

7 CILJEVI I METOD ISTRAŽIVANJA

1. Osnovni cilj ove teze je da ukaže na mogućnosti i ograničenja u definisanju i utvrđivanju kvaliteta usluge zdravstvene nege pacijenata hirurške klinike, sa pretpostavkom da se anketiranjem pacijenta baziranim na njihovim iskustvima mogu dobiti konkretniji i pouzdaniji podaci o problemima u zdravstvenoj usluzi.

2. Na osnovu ovako sprovedenog ispitivanja potrebno je sagledati potencijalne probleme u pruženoj zdravstvenoj usluzi, kao i moguća rešenja za novootkrivene probleme.

U skladu sa ovakvom idejom dizajnirana je, razvijena i sprovedena anketa koja sledi koncept postavljanja pitanja na bazi iskustava pacijenata. U razvoju upitnika dobrim delom su korišćena pitanja definisana od strane Pickerovog instituta, a koja su prema njihovom istraživanju u najvećoj meri u vezi sa kvalitetom zdravstvene nege.⁵⁷

7.1 Materijal istraživanja

Anketirano je 300 bolnički lečenih pacijenata u Beogradu na jednoj Klinici za Hirurgiju, u periodu od 15. jula 2012. do 15. oktobra 2012. godine. Svi anketni listovi su popunjeni u potpunosti i nije bilo pitanja na koje nije dat odgovor. Dobijeni rezultati pokazaće da li je primenjeni metod, i koliko, osetljiv i specifičan u otkrivanju, lociranju problema u zdravstvenoj usluzi i da li nam može pomoći u definisanju kvaliteta zdravstvene nege.

Osnovni cilj ankete je da se otkrije kako se pacijenti na bazi svojih iskustava izjašnjavaju o određenim situacijama tokom bolničkog lečenja. Pri izboru pitanja korišćene su validacione studije Pickerovog instituta sprovedene u nekoliko zemalja (Amerika i Evropa) koje su potvrdile da su pitanja od velikog značaja viđene očima pacijenata i da u najvećoj meri direktno koreliraju sa zadovoljstvom. Istraživači sa Medicinskog fakulteta Harvarda, 1993. godine su za potrebe Pickerovog instituta definisali sedam dimenzija kvaliteta zdravstvene nege, koje su se razvile u principe koncepta zdravstvene nege u kojoj je pacijent u centru

⁵⁷ Jenkinson C., Coulter A. and Bruster S. (2002) The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; Volume 14, Number 5: 353–358.

pažnje. Ovi principi mogu predstavljati osnovu za definisanje kvaliteta zdravstvene nege koja u svom fokusu ima korisnika. Osam principa zdravstvene nege koja u svom centru ima korisnika (Prilog bro 1) su:⁵⁸

1. poštovanje vrednosti, sklonosti i izraženih potreba pacijenata;
2. koordinacija i integracija u oblasti kliničke nege, usluge podrške i prve linije nege pacijenata;
3. informacija, komunikacija i edukacija pacijenata;
4. fizička udobnost;
5. emocionalna podrška i ublažavanje straha i uznemirenosti;
6. uključivanje porodice i prijatelja;
7. tranzicija i kontinuitet;
8. briga o pacijentu.

7.2 Dizajniranje ankete

Najveći broj pitanja izabran je iz seta pitanja Pickerovog upitnika, pre svega iz PPE – 15⁵⁹; 15 pitanja koja je Pickerov institut označio kao bazična za sva ispitivanja pacijenata, a kojima se kasnije dodaju moduli za određene domene u zavisnosti od specifičnosti oblasti za koju se upitnik dizajnira. Drugi deo pitanja dobijen je *tehnikom kritičkih incidenata (Critical Incident Technique)*. Tehnika kritičkih incidenata omogućila je identifikovanje potreba i očekivanja korisnika zdravstvene usluge za kvalitet konkretne usluge (hiruške nege) koju je pacijent dobio ili očekivao da dobije.

Sledeći ovakav princip dizajniranja sastavljen je upitnik sa 25 pitanja, od kojih se 4 odnose na davanje podataka o polu, starosti, stručnoj spremi i materijalnom stanju (ova 4 pitanja preuzeta su iz ankete koju je sprovedla S. Bogdanović 2010. godine).⁶⁰ Ostala pitanja u različitoj meri pokrivaju sve domene koje je Pickerov institut definisao kao bazna područja u

⁵⁸ Principles of patient-centered care, preuzeto sa <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles> 28.10.2012.

⁵⁹ Jenkinson C., Coulter A., Reeves R., Bruster S. and Richards N. (2003) Properties of the Picker Patient Experience questionnaire in a randomized controlled trial of long versus short form survey instruments. *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 25, No. 3, pp. 197–201.

⁶⁰ Bogdanović S. (2011), Merenje zadovoljstva korisnika kvalitetom usluge u zdravstvu, master rad, Fakultet organizacionih nauka.

zdravstvenoj zaštiti fokusiranoj na pacijenta (Prilog broj 2). Na kraju je ostavljen prostor za predloge i sugestije. Anketa je štampana na dve strane A4 papira. Ovo je od značaja za vreme neophodno za popunjavanje upitnika kao i na smanjivanje mogućnosti da pacijent ispolji nevoljnost za popunjavanje ankete zbog njene veličine. Pitanja nisu striktno poredana po domenima upravo da bi se izbegao međusobni uticaj pozitivnih i negativnih iskustava u pojedinim domenima. Najveći broj pitanja je koncipiran na način da se pacijent izjašnjava da li su se određeni konkretni događaji ili radnje dogodile. Na 19 pitanja ponuđena su 3 odgovora, koji otkrivaju da li se određeni događaj dogodio ili nije dogodio, tek iz analize pitanja i odgovora dobija se pozitivna ili negativna konotacija pružene usluge. Npr. 4. pitanje u upitniku glasi: „ Da li vam se dogodilo da o nekoj stvari jedan doktor kaže jedno, a sledeći doktor sasvim nešto drugo, što negira ili demantuje ono prvo“? Odgovori su: 1. da često, 2. da ponekad, 3. ne. Zaokruživanjem odgovora pod 1. da, često, dobija se negativna konotacija usluge, jer je i pitanje koncipirano da opisuje negativan događaj. Pitanje 21. odnosi se na sveukupnu ocenu boravka i lečenja, gde se pacijenti opredeljuju indirektno o zadovoljstvu prilikom hospitalizacije – Da li biste ovu bolnicu preporučili vama bliskim ljudima? - izjašnjavaju se sa da ili ne.

7.3 Organizacija istraživanja

Sledeći anketu na osnovu koje je delimično definisana percepcija korisnika zdravstvene nege zasnovana na upitniku Pickerovog instituta (Jenkinson, Coulter i Bruster, 2002), analiza rezultata zasnovana je na izvedenom tumačenju da li odgovori koji su pacijenti dali u sebi nose prisustvo ili odsustvo problema onako kako ih je pacijent video ili doživeo. U ovoj anketi odgovori su analizirani i grupisani u dve kategorije tako što su se odgovori sa negativnom konotacijom i intermedijarni odgovori svrstavali u grupu sa prisustvom problema zdravstvene nege, a odgovori sa pozitivnom konotacijom u grupu sa odsustvom problema. Ovakav način kategorizacije odgovora koristili su istraživači Picker-ovog instituta (Prilog broj 3) ⁶¹.

Ankete za pacijente uručene su pacijentima dok su bili u bolnici- bilo kao ležeci (stacionirani) ili kao ambulantni bolesnici. Hospitalizovani bolesnici zamoljeni su da u bolnici ispune odgovarajuće ankete, u bilo kojoj fazi njihovog postoperativnog lečenja za koju se smatra da

⁶¹ Jenkinson C., Coulter A., Bruster S. et al. (2002) The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal of Quality in Health Care*, Vol. 14, No. 5, pp. 353-358.

može dati validne odgovore koji će se koristiti u toku istraživanja. Kao najpogodniji trenutak za anketiranje pacijenata uzet je dan koji prethodi njihovom otpustu iz bolnice. Oni su dobijali zapečaćene koverta, sa kovertom koja se može zatvoriti i u koju su vraćali ispunjene ankete. Ovakav način anketiranja ohrabruje pacijente kako na pozitivne, tako i negativne komentare, koji se posle analiziraju.

Zatim je bilo potrebno odrediti identitet osobe koja će uručiti pacijentu anketu. Postoji rizik od izazivanja nedoumica i sumnji ako bi pacijentu anketu dao zdravstveni radnik koji je odgovoran za njegovu negu. Zbog toga je identifikovana *treća uniformisana osoba* (sestra koja radi na drugom odeljenju klinike) koja će pacijentu uručiti anketu.

Pacijenti nikada nisu bili izloženi bilo kakvom pritisku da popune anketu ukoliko to nisu želeli. Kao dalja mera očuvanja anonimnosti praktikovalo se da se ispunjena anketa stavi u za to specijalno pripremljen koverat koji je zatim zalepljen i dostavljen glavnoj sestri klinike.

Posebna pažnja posvećena je vremenu koje je potrebno za popunjavanje ankete. Pacijenti su unapred obavešteni da dozvoljeno vreme za popunjavanje ankete iznosi od 10-20 minuta. Ovim vremenski intervalom smanjuje se subjektivnost u odgovorima od strane pacijenata. Pacijentima su takođe pružene garancije da će tajnost njihovih anketa biti poštovana.

7.4 Princip analize rezultata ankete

Odgovori pacijenata kategorizovani su na sledeći način: odgovori sa pozitivnim iskustvom označeni su sa A, intermedijarni odgovori sa B, odgovori sa negativnim iskustvom sa C. Grupa „bez problema“ sačinjena je od odgovora označenih kao A, a grupa „prisustvo problema“ sačinjena je od zbira odgovora označenih kao B i C. Ovakva kategorizacija je bila neophodna jer ponudeni odgovori na pozicijama 1, 2 ili 3 nemaju istu konotaciju kod svakog pitanja. Rezultati dobijeni ovim načinom konstrukcije istraživanja biće obrađeni tako što će se vršiti ispitivanje razlike u učestalostima odgovora iz grupe „prisustvo problema“ i grupe „bez problema“.

Svi podaci dobijeni tokom anketiranja pacijenata zabeleženi su, a zatim je na osnovu njih formirana baza podataka u Microsoft Office Excel-u. Za statističku obradu podataka korišćen je SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), verzija 15.0, program. Statistička

značajnost razlika u učestalosti odgovora između grupa sa prisustvom problema i grupa bez problema ispitana je χ^2 testom i Fisherovim testom – test tačne verovatnoće⁶².

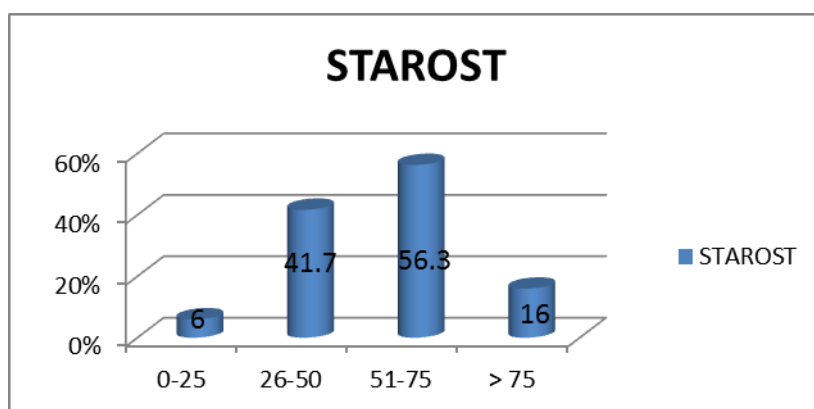
⁶² Janošević S., Dotlić R., Erić-Marinković J. (2008) Medicinska Statistika. Medicinski fakultet, Beograd.

8 RETULTATI ISTRAŽIVANJA

8.1 Prikaz rezultata distribucije pacijenata po grupama formiranim za starost, pol, imovinsko stanje i nivo stručne spreme

Prikaz distribucije pacijenata po starosnim grupama

Formirane su 4 starosne grupe: do 25 godina, 26-50 godina, 51-75 godina i >75 godina.

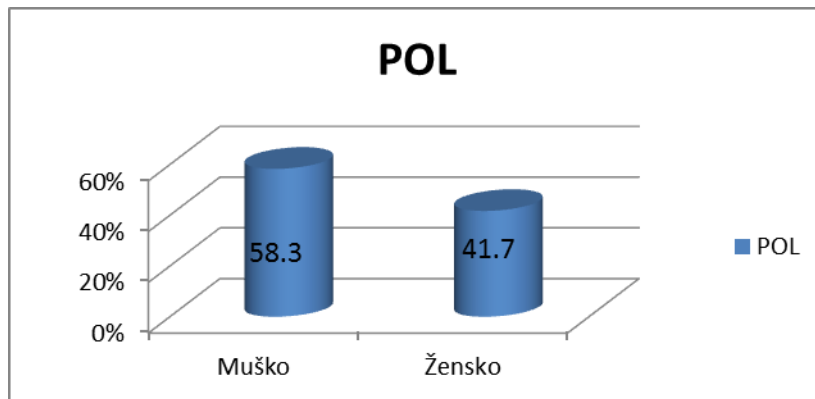


Grafikon 1: Prikaz distribucije pacijenata po starosnim grupama

U starosnoj grupi do 25 godina nalazilo se 18 pacijenata (6%), u grupi od 26-50 godina života 65 (41.7%), u populaciji od 51-75 godina 165 bolesnika (56.3%), i u grupi preko 75 godina života 48 pacijenata što čini 16% ispitanika.

Komentar: Preko ½ hospitalizovanih pacijenata pripada starosnoj grupi između 51-75 godina.

Prikaz polne distribucije pacijenata



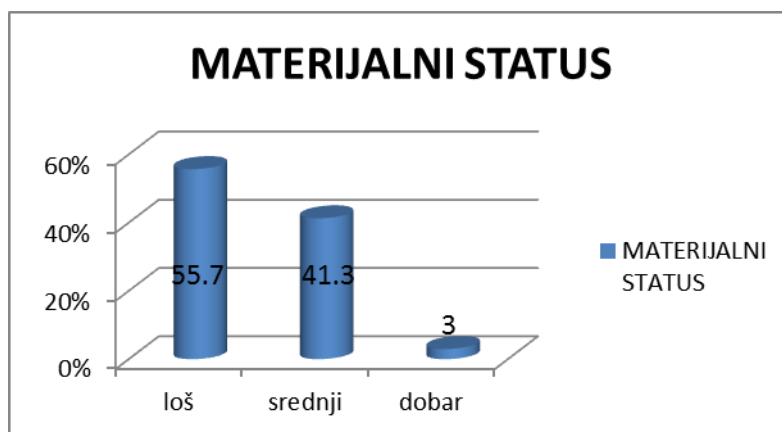
Grafikon 2: Prikaz polne distribucije pacijenata

U anketiranoj grupi bolesnika hospitalizovanih i lečenih na klinici 175 pacijenata su bili muškog pola (58.3%), a 125 pacijenata ženskog pola (41.7%).

Komentar: U ispitivanoj populaciji muškarci su bili nešto brojniji od ženskog pola.

Prikaz distribucije učestalosti pacijenata po materijalnom stanju

Formirane su 3 grupe pacijenata u odnosu na njihove odgovore o sopstvenom materijalnom stanju: loše, osrednje i dobro.



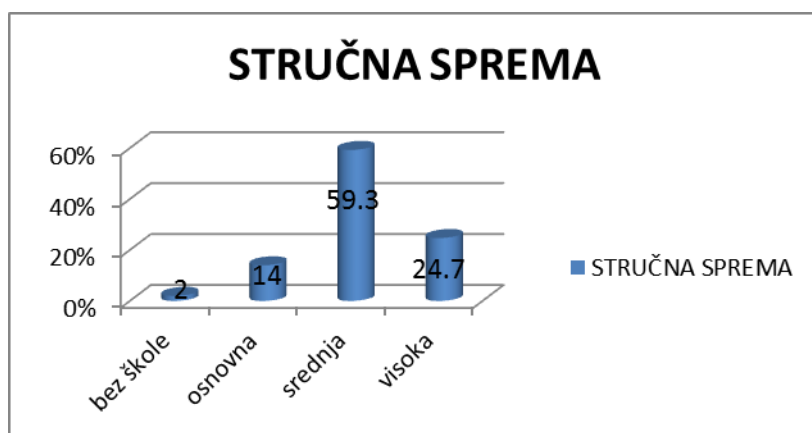
Grafikon 3: Prikaz distribucije učestalosti pacijenata po materijalnom stanju

U lošoj materijalnoj situaciji nalazilo se 167 pacijenata (55.7%), 124 pacijenata (41.3%) izjasnilo se da je srednjeg materijalnog statusa, a samo 9 (3%) pacijenata dobrog materijalnog stanja.

Komentar: Nešto više od ½ pacijenata je loše materijalne situacije.

Prikaz distribucije pacijenata po nivou stručne spreme

Formirane su 4 grupe pacijenata u zavisnosti od nivoa završene škole: nezavršena škola, osnovna škola, srednja škola i viša/visoka škola.



Grafikon 4: Prikaz distribucije pacijenata po nivou stručne spreme

U grupi bez osnovne škole nalazilo se 6 pacijenata (2%), u grupi sa završenim osnovnim obrazovanjem 42 (14%), u populaciji sa srednjom školom 178 bolesnika (59.3%), i u grupi sa visokim stepenom obrazovanja 74 pacijenata što čini 24.7% ispitanika.

Komentar: Blizu 60% pacijenata uključenih u istraživanje je srednje stručne spreme.

8.2 Prikaz rezultata ankete

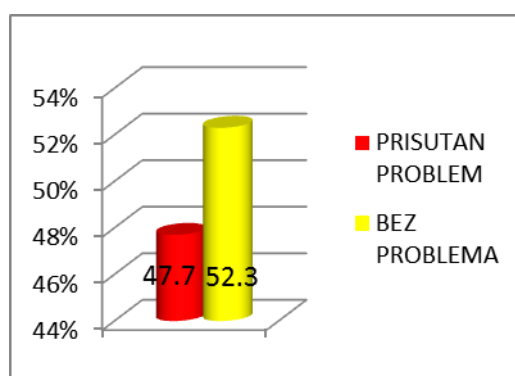
Rezultati ankete do kojih se došlo opisanom metodom grafički su prikazani za svako pitanje uz odgovarajući komentar. Posle teksta svakog pitanja dati su ponuđeni odgovori i kategorizacija odgovora na: A- odgovore sa pozitivnim iskustvom, B- intermedijarne odgovore, i C- odgovore sa negativnim iskustvom. χ^2 test je korišćen za ispitivanje statističke značajnosti razlika učestalosti odgovora između grupe sa prisustvom problema (prisutan problem PP = B+C) i grupe sa odsustvom problema (bez problema BP = A), i to na nivou vrednosti p od 0,05 i 0,01.

Pitanje broj 1.: Kako biste ocenili vremenski interval od trenutka kada ste stigli u bolnicu pa do vašeg smeštaja na odeljenje?

Ponuđeni odgovori: 1) predugo 2) moglo je biti brže 3) Odgovarajuće, nisam dugo čeka-la

Kategorizacija odgovora: 1 = C 2 = B 3 = A.

Na ovo pitanje 52.3% pacijenata smatra da je vreme od dolaska u bolnicu pa do smeštaja na odeljenje bilo odgovarajuće (A), 33% pacijenta smatra da je vreme do smeštaja na odeljenje moglo biti brže (B), dok se 14.7% pacijenata izjasnilo da je vreme proteklo od dolaska u bolnicu pa do smeštaja na odeljenje bilo predugo (C). Daljim grupisanjem u grupu odgovora sa prisustvom problema svrstani su odgovori pod B i C i tu se nalazi 47.7% odgovora, a u grupu sa odsustvom problema svrstani su odgovori pod A i tu se nalazi 52.3% odgovora.



Grafikon 1a: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje vremena proteklog do smeštaja na odeljenje

Upotrebom χ^2 testa nije nađena statistički značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 1: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o dužini vremena od trenutka dolaska u bolnicu do smeštaja</i>		
χ^2	df	p
0,653	1	>0,05

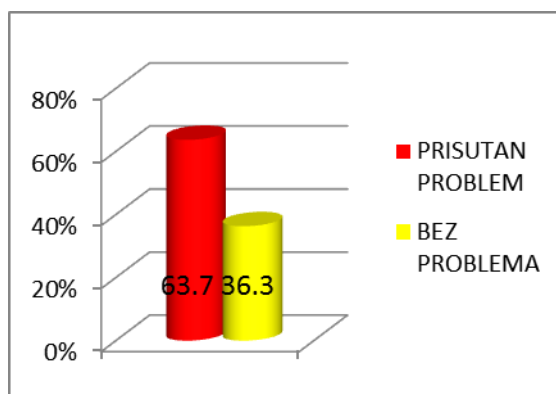
Komentar: Više od ½ ispitivanih pacijenata izjasnila da nije dugo čekala od trenutka dolaska u bolnicu pa do smeštaja na odeljenje, odnosno nešto manje od polovine pacijenata smatra da je vreme do smeštaja na odeljenje moglo biti brže ili je predugo.

Pitanje broj 2.: Kada ste postavili doktoru važna pitanja, da li su vam dati jasni odgovori?

Ponudeni odgovori: 1) da, uvek 2) da, ponekad 3) ne.

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C.

Na ovo pitanje 36.3% anketiranih pacijenata je odgovorilo da su od doktora uvek dobili jasne odgovore na postavljena pitanja (A), 52% pacijenata izjasnilo se da su im ponekad dati jasni odgovori (B), dok 11.7% pacijenata smatra da nije od doktora dobila jasne odgovore na postavljena pitanja (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 63.7% odgovora, a u grupi sa odsustvom problema nalazi se 36.3% odgovora.



Grafikon 2a: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje jasnoće odgovora od strane doktora

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 2: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o razumevanju odgovora na pitanja koja su postavljena doktoru</i>		
χ^2	df	p
22,413	1	<0,01

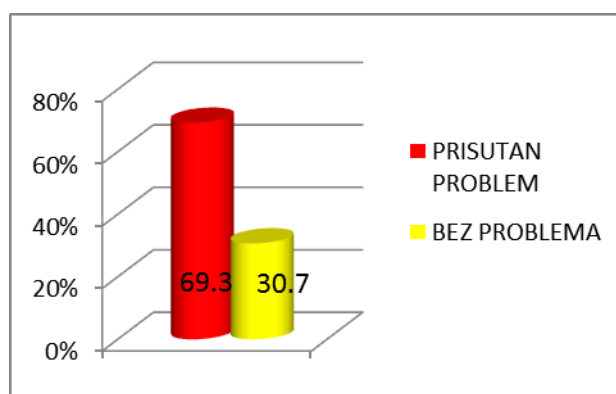
Komentar: Značajno veći broj pacijenata se izjasnio da na postavljena pitanja doktori nisu uvek dali jasne odgovore.

Pitanje broj 3: Kada ste postavili sestri važna pitanja, da li su vam dati jasni odgovori?

Ponuđeni odgovori: 1) da, uvek 2) da, ponekad 3) ne.

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C.

Na ovo pitanje 30.7% pacijenata se izjasnilo da su od sestre uvek dobili jasne odgovore na postavljena pitanja (A), 59.7% pacijenata smatra da su od sestre ponekad dobili jasne odgovore na postavljena pitanja (B), a 9.6% ispitanika nije dobilo jasne odgovore od sestre (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 69.3% odgovora a u grupi odgovora sa odsustvom problema nalazi se 30.7% odgovora.



Grafikon 3a: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje jasnoće odgovora od strane sestara

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 3: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o razumevanju odgovora na pitanja koja su postavljena sestri</i>		
χ^2	df	p
44,853	1	<0,01

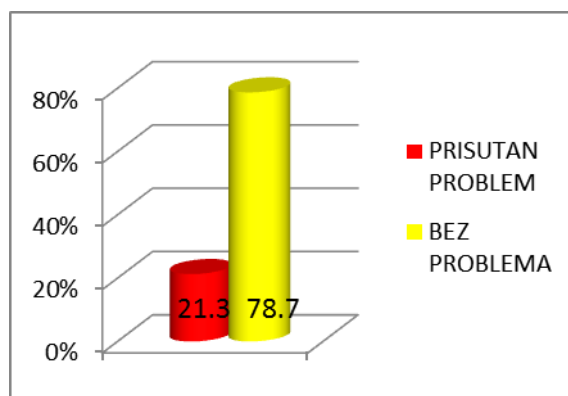
Komentar: Značajno veći broj pacijenata se izjasnio da na postavljena pitanja sestri nisu uvek dale jasne odgovore.

Pitanje broj 4.: Da li vam se dogodilo da o nekoj stvari jedan doktor kaže jedno, a sledeći doktor sasvim nešto drugo, što negira ili demantuje ono prvo?

Ponudeni odgovori: 1) da, često 2) da, ponekad 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = C, 2 = B, 3 = A.

Na ovo pitanje 4.7% pacijenata odgovorilo je da se često dešava da o nekoj stvari jedan doktor kažu jedno, dok drugi doktor nešto sasvim različito (A), 16.6% pacijenata na ovo pitanje odgovorilo je da im se to ponekad dogodilo (B), dok se 78.7% pacijenta izjasnilo da im se za vreme boravka u bolnici nije dogodilo da zdravstveni radnici daju različite informacije o istoj stvari. U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 21.3% odgovora, u grupi sa odsustvom problema nalazi se 78.7% odgovora.



Grafikon 4a: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o različitim odgovorima o istoj stvari od medicinskih radnika

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 4: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o tome da li jedan doktor kaže jedno a drugi sasvim nešto drugo</i>		
χ^2	df	p
98,613	1	<0,01

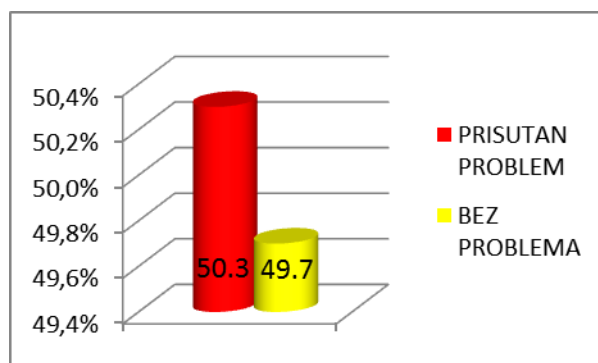
Komentar: *Odgovori većine pacijenata ukazuju na to da se izjave za isti medicinski problem dva ili više doktora ne razlikuju.*

Pitanje broj 5.: Da li ste imali prilike da razgovarate sa doktorom o vašim brigama i strahovima vezanim za vaše zdravstveno stanje i lečenje?

Ponuđeni odgovori: 1) da, u potpunosti 2) da, ponekad 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = A, 2 = B, 3 = C.

Na ovo pitanje 49.7% pacijenata je odgovorilo da su u potpunosti mogli da razgovaraju sa doktorom o svojim brigama vezanim za njihovo zdravstveno stanje (A), 45.6% pacijenata moglo je ponekad da razgovara sa doktorom o svom zdravstvenom stanju (B), dok 4.7% pacijenata nije imalo priliku da razgovara sa doktorom o svojim brigama i strahovima vezanim za njihovo zdravstveno stanje(C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 50.3% odgovora, a u grupi odgovora sa odsustvom problema nalazi se 49.7% odgovora.



Grafikon 5: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o mogućnosti razgovora sa doktorom o bolesti i lečenju

Upotrebom χ^2 testa nije nađena statistički značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 5: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje razgovora sa doktorom o brigama i strahovima vezanim za zdravlje</i>		
χ^2	df	p
0,13	1	>0,05

Komentar: Nešto više od polovine pacijenta nije imala priliku, na odgovarajući način, da razgovara sa doktorom o svojim brigama i strahovima vezanim za njihovo zdravstveno stanje.

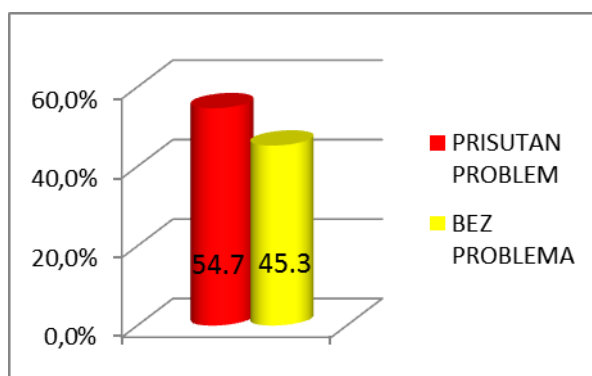
Pitanje broj 6.: Da li ste bili u potpunosti uključeni u donošenju odluka u vezi vašeg lečenja?

Ponuđeni odgovori: 1) da, u potpunosti 2) da, u nekoj meri 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C

Na ovo pitanje 45.3% pacijenata je odgovorilo da su u potpunosti bili uključeni u donošenju odluka vezanim za njihovo lečenje (A), 49.7% pacijenata smatra da su u nekoj meri bili uključeni u donošenju ovih odluka (B), dok se 5% pacijenata izjasnilo da nisu bili uključeni u

donošenju odluka u vezi sopstvenog lečenja (C). U grupi sa prisustvom problema nalazi se 54.7% odgovora, a u grupi sa odsustvom problema nalazi se 45.3% odgovora.



Grafikon 6: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o uključenosti u donošenju odluka u vezi lečenja

Upotrebom χ^2 testa nije nađena statistički značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

Tabela 6: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o uključivanju u donošenje odluka za lečenje

χ^2	df	p
2,613	1	>0,05

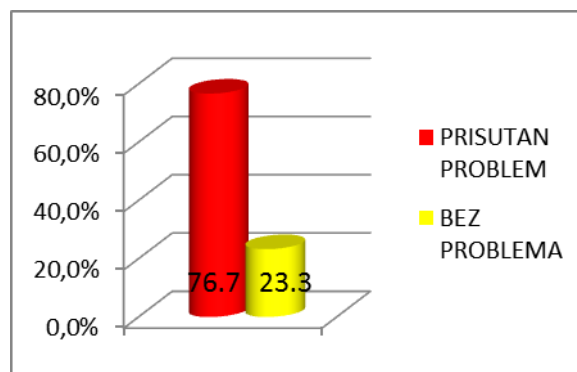
Komentar: Nešto više od polovine pacijenata nije u dovoljnoj meri bila uključena u donošenje odluka u vezi sopstvenog lečenja.

Pitanje broj 7.: Da li ste mogli da razgovarate sa sestrom o vašim brigama i strahovima vezanim za vaše zdravstveno stanje i lečenje?

Ponudeni odgovori: 1) da, u potpunosti 2) da, donekle 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C

Na ovo pitanje 23.3% pacijenata je odgovorilo da su u potpunosti mogli da razgovaraju sa sestrom o svojim brigama i strahovima vezanim za njihovo zdravstveno stanje (A), 62.4% pacijenata je odgovorilo da su donekle mogli da razgovaraju sa sestrom o svojim brigama i strahovima (B), a 14.3% pacijenata nije imalo priliku da razgovara sa sestrom o svojim brigama i strahovima vezanim za njihovo zdravstveno stanje (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 76.7% odgovora, a u grupi sa odsustvom problema ima 23.3% odgovora.



Grafikon 7: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o mogućnostima razgovora sa sestrom o bolesti i lečenju

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 7: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje razgovora sa sestrom o brigama i strahovima vezanim za zdravlje</i>		
χ^2	df	p
85,333	1	<0,01

Komentar: Preko 3/4 pacijenata nije mogla, bar ne u dovoljnoj meri, da razgovara sa sestrama o brigama i strahovima u vezi zdravstvenog stanja.

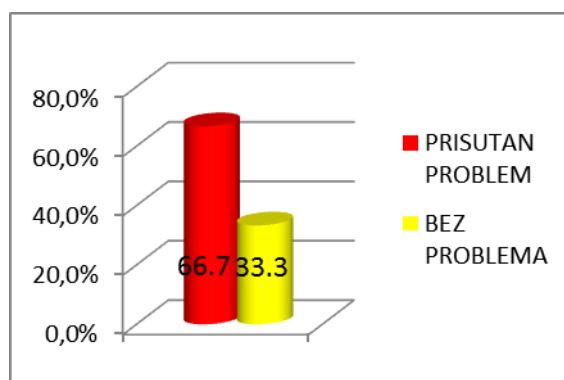
Pitanje broj 8.: Da li ste u bilo kom trenutku imali bolove?

Pacijentima koji su se izjasnili da su imali bolove postavljeno je sledeće pitanje: Da li mislite da je bolničko osoblje učinilo sve što je moglo u lečenju vašeg bola?

Ponuđeni odgovori: 1) da, definitivno 2) da, u nekoj meri 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C

Na ovo pitanje 150 pacijenta je odgovorilo da je imalo bolove, a 150 pacijenata izjasnilo se da nije imalo bolove. Pacijenti koji su imali bolove dali su sledeće odgovore na postavljeno pitanje: Da li mislite da je bolničko osoblje učinilo sve u lečenju vašeg bola? 50 pacijenta (33.3%) odgovorilo je da je bolničko osoblje učinilo sve u lečenju njihovog bola (A), 86 pacijenata (57.4%) izjasnilo se da su u nekoj meri učinjeni naponi u lečenju njihovog bola (B), dok 14 pacijenta smatra da nije dovoljno učinjeno u lečenju njihovog bola (9.3%) . U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 66.77% odgovora, a u grupi odgovora sa odsustvom problema nalazi se 33.3% odgovora.



Grafikon 8: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o lečenju bola

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 8: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o lečenju bola</i>		
χ^2	df	p
16,667	1	<0,01

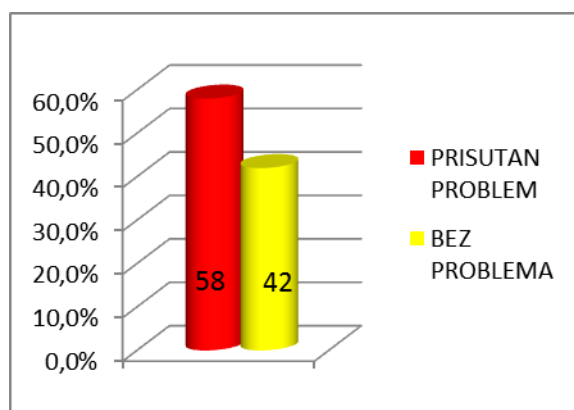
Komentar: 2/3 pacijenata je mišljenja da je moglo više da se učini u lečenju njihovog bola.

Pitanje broj 9: Kako ocenjujete vreme proteklo od trenutka kada ste pozvali za pomoć do trenutka kada vam je pomoć pružena?

Ponuđeni odgovori: 1) Odgovarajuće, na vreme 2) moglo bi biti brže 3) veoma dugo – sporo

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C

Na ovo pitanje 42% pacijenata odgovorilo je da je vreme proteklo od trenutka poziva za pomoć pa do trenutka realizacije pomoći bilo odgovarajuće (A), 53.3% pacijenata se izjasnilo da je vreme za pružanje pomoći moglo biti brže (B), dok 4.7% pacijenata smatra da je vreme za koje je pomoć pružena bilo veoma dugo (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 58% odgovora, a u grupi sa odsustvom problema nalazi se 42% odgovora.



Grafikon 9: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje brzine pružanja pomoći

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 9: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o dužini vremena za pružanje pomoći</i>		
χ^2	df	p
7,680	1	<0,01

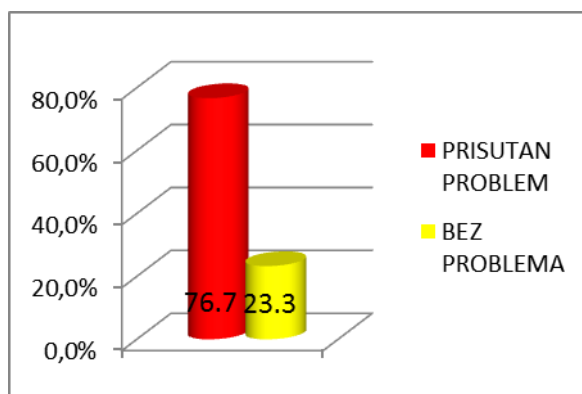
Komentar: Značajn broj pacijenata smatra da bi vreme od poziva za pomoć pa do ukazivanja pomoći moglo biti kraće.

Pitanje broj 10: Da li mislite da je bilo dovoljno prilika (mogućnosti) da vaša porodica ili neko vama blizak razgovara sa doktorom u vezi vašeg zdravstvenog stanja i lečenja?

Ponudeni odgovori: 1) da, u potpunosti 2) da, u nekoj meri 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C

Na ovo pitanje 23.3% pacijenata je odgovorilo da je bilo dovoljno prilika da porodica (prijatelji) pacijenta razgovara sa doktorom (A), 60% pacijenata smatra da je porodica u nekoj meri mogla da razgovara sa doktorom o zdravstvenom stanju pacijenta (B), 16.7% pacijenata smatra da za to nije bilo dovoljno prilika (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 76.7% odgovora, a u grupi sa odsustvom problema nalazi se 23.3% odgovora.



Grafikon 10: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o mogućnostima razgovora porodice sa doktorom o stanju pacijenta

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

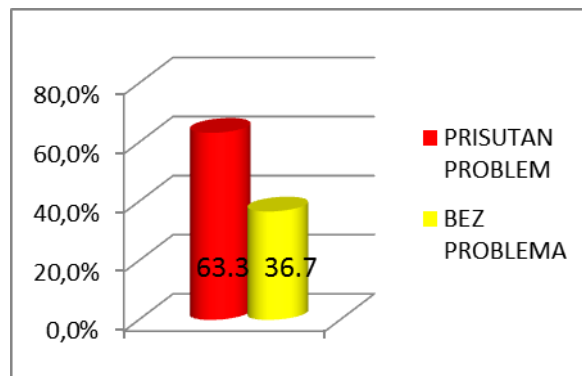
<i>Tabela 10: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o razgovoru porodice sa doktorom</i>		
χ^2	df	p
85,333	1	<0,01

Komentar: Preko 3/4 pacijenta smatra bi trebalo da bude više prilika da njima bliske osobe razgovaraju sa doktorom u vezi njihovog zdravstvenog stanja.

Pitanje broj 11: Da li vam je lekar ukazao na moguću pojavu znakova bolesti na koje treba obratiti pažnju pošto odete kući?

Ponudeni odgovori: 1) da, u potpunosti 2) da, u nekoj meri 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C



Grafikon 11: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o pojavi znakova bolesti po odlasku kući

Na ovo pitanje 36.7% pacijenata se izjasnilo da je od strane doktora u potpunosti upoznato o mogućoj pojavi znakova bolesti (A), 49.3% pacijenata odgovorilo je da je delimično upoznato (B), dok 14% pacijenata kaže da nije upoznato o mogućoj pojavi znakova bolesti (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 63.3% odgovora, a u grupi odgovora sa odsustvom problema nalazi se 36.7% odgovora.

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

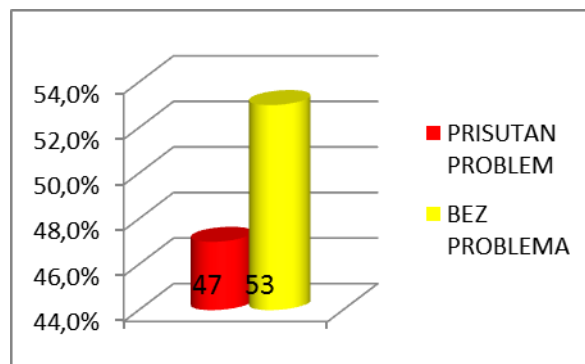
<i>Tabela 11: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o pojavi simptoma neželjene bolesti kod kuće</i>		
χ^2	df	p
21,333	1	<0,01

Komentar: Skoro 2/3 pacijenata nije dobilo dovoljno informacija o znakovima bolesti koji se mogu pojaviti nakon izlaska iz bolnice.

Pitanje broj 12: Da li ste imali poverenje u doktore koji su vas lečili?

Ponuđeni odgovori: 1) da 2) uglavnom da 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C



Grafikon 12: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o poverenju u doktore

Na ovo pitanje 53% pacijenata odgovorilo je da su imali poverenje u doktore koji su ih lečili (A), 33% pacijenata na ovo pitanje dalo je odgovor uglavnom (B), a 14% pacijenata kaže da nije imalo poverenja u doktore koji su ih lečili (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 47% odgovora u grupi sa odsustvom problema nalazi se 53% odgovora.

Upotrebom χ^2 testa nije nađena statistički značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

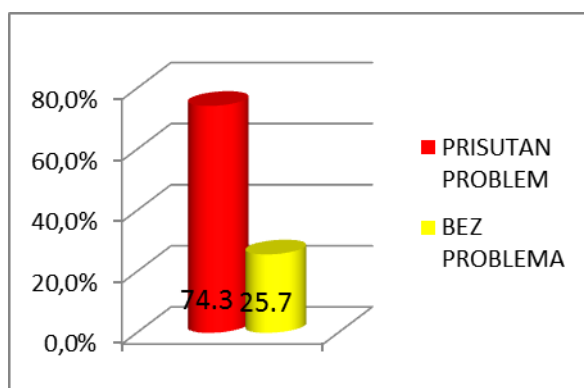
<i>Tabela 12: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o poverenju u doktore</i>		
χ^2	df	p
1,080	1	>0,05

Komentar: Nešto više od polovine pacijenata ima veliko poverenje u doktore koji ih leče i vode njihov posoperativni oporavak.

Pitanje broj 13.: Kako ocenjujete nivo informacija koje ste dobili o vašem zdravstvenom stanju i lečenju?

Ponuđeni odgovori: 1) loš 2) osrednji 3) dobar

Kategorizacija odgovora: 1 = C 2 = B 3 = A



Grafikon 13: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o nivou dobijenih informacija o zdravstvenom stanju i lečenju

Na ovo pitanje 25.7% pacijenata ocenjuje nivo informacija koji su dobili o njihovom zdravstvenom stanju kao dobar (A), 58% pacijenata smatra da je nivo dobijenih informacija osrednji (B), 16.3% pacijenata ocenjuje dobijene informacije kao loše (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 74.3% odgovora, a u grupi odgovora sa odsustvom problema nalazi se 25.7% odgovora.

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

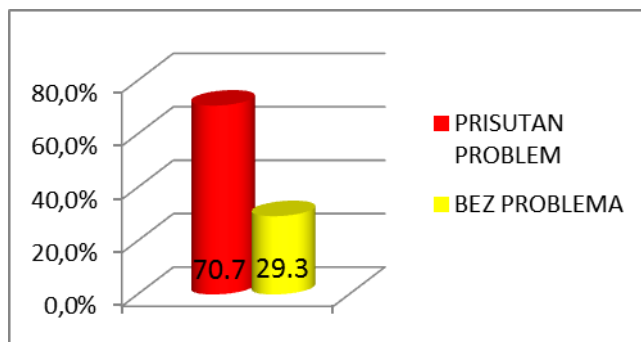
<i>Tabela 13: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o dobijenim informacijama o zdravlju</i>		
χ^2	df	p
71,053	1	<0,01

Komentar: Značajna većina pacijenata (3/4) nije dobila dovoljno informacija o svom zdravstvenom stanju i lečenju.

Pitanje broj 14: Da li ste imali dovoljno privatnosti tokom pregleda i tretmana?

Ponudeni odgovori: 1) da, uvek 2) ponekad 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C



Grafikon 14: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o privatnosti tokom pregleda i tretmana

Na ovo pitanje 29.3% pacijenata se izjasnilo da je imalo dovoljno privatnosti tokom pregleda i tretmana (A), 44.4% pacijenata kaže da je ponekad imalo privatnost (B), dok se 26.3% pacijenata izjasnilo da nije imalo privatnost tokom pregleda i tretmana. U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 70.7% odgovora, a u grupi odgovora sa odsustvom problema 29.3% odgovora.

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

Tabela 14: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o privatnosti tokom pregleda

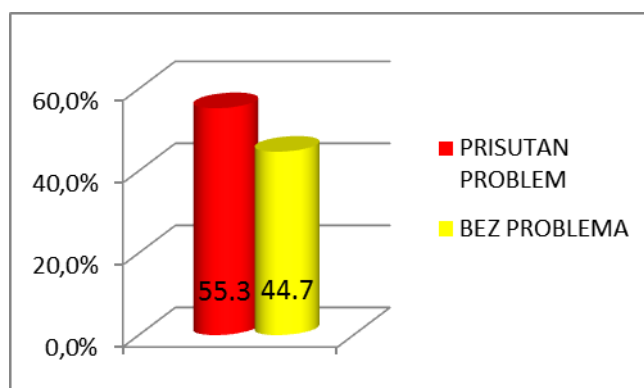
χ^2	df	p
51,253	1	<0,01

Komentar: Značajno više pacijenata smatra da nije imalo dovoljno privatnosti tokom pregleda i tretmana.

Pitanje broj 15: Po vašoj oceni kakva je bila saradnja između doktora i sestara?

Ponuđeni odgovori: 1) slaba 2) osrednja 3) dobra

Kategorizacija odgovora: 1 = C 2 = B 3 = A



Grafikon 15: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o saradnji između doktora i sestara

Na ovo pitanje 44.7% pacijenata smatra da je saradnja između doktora i sestara bila dobra (A), 41.3% pacijenata kaže da je ova saradnja bila osrednja (B), dok 14% pacijenata ocenjuje saradnju između doktora i sestara kao lošu (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 55.3% odgovora, a u grupi sa odsustvom problema nalazi se 44.7% odgovora.

Upotrebom χ^2 testa nije nađena statistički značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

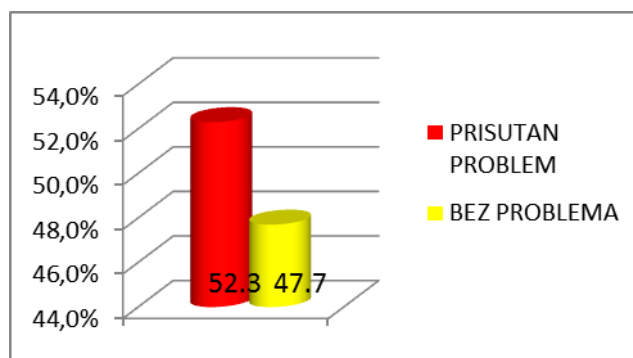
<i>Tabela 15: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o saradnji između doktora i sestara</i>		
χ^2	df	p
3,413	1	>0,05

Komentar: I pored toga što se 44.7% pacijenata izjasnilo u smislu dobre saradnje između doktora i sestara, veliki je broj koji smatra da u ovoj saradnji ima problema.

Pitanje broj 16: Sveukupno, da li mislite da su se svi prema vama odnosili sa poštovanjem?

Ponuđeni odgovori: 1) da, uvek 2) da, ponekad 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = A 2 = B 3 = C



Grafikon 16: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o odnosu sa poštovanjem

Na ovo pitanje 47.7% pacijenata smatra da su uvek bili tretirani s poštovanjem (A), 45.3% pacijenata na ovo pitanje se izjašnjava da su donekle bili tretirani sa poštovanjem (B), 7% pacijenta kaže da nisu bili tretirani sa poštovanjem (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 52.3% odgovora, a u grupi odgovora sa odsustvom problema nalazi se 47.7% odgovora.

Upotrebom χ^2 testa nije nađena statistički značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 16: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o poštovanju od strane medicinskog osoblja</i>		
χ^2	df	p
0,653	1	>0,05

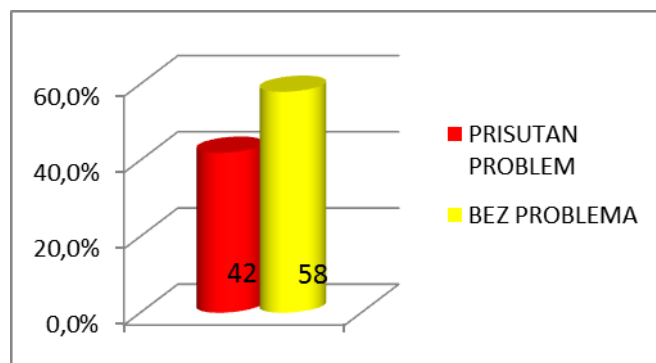
Komentar: Visok je procenat pacijenata koji smatraju da odnos prema njima nije bio u dovoljnoj meri ispunjen poštovanjem.

Pitanje broj 17: Da li ste tokom noći uznemiravani bukom koju je pravilo osoblje bolnice, iako za to nije bilo opravdanja?

Ponuđeni odgovori: 1) da, često 2) da, ponekad 3) ne

Kategorizacija odgovora: 1 = C 2 = B 3 = A

Na ovo pitanje 58% pacijenata odgovorilo da tokom noći nije bilo uznemirivano bukom od strane osoblja (A), 37.3% pacijenata kaže da je ponekad bilo uznemirivano bukom od strane osoblja (B), dok se 4.7% pacijenata izjašnjava da im se često događalo da budu uznemirivani bukom koju je pravilo bolničko osoblje (C). Grupa odgovora sa prisustvom problema sadrži 42% odgovora, a grupa odgovora sa odsustvom problema 58% odgovora.



Grafikon 17: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o uznemiravanju noću bukom koje je pravilo osoblje bolnice

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

Tabela 17: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o uznemiravanjem bukom

χ^2	df	p
7,680	1	<0,01

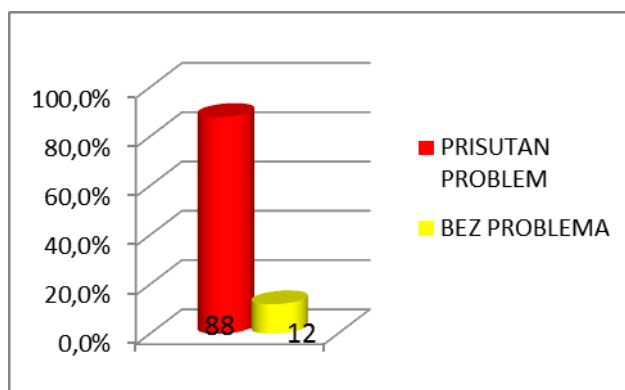
Komentar: Značajna većina pacijenata nije bila uznemiravana bukom tokom noći od strane osoblja bolnice.

Pitanje broj 18: Kako biste ocenili kvalitet i raznovrsnost hrane koju ste dobijali tokom boravka u bolnici?

Ponuđeni odgovori: 1) loša 2) osrednja 3) dobra

kategorizacija odgovora: 1 = C 2 = B 3 = A

Na ovo pitanje 12% pacijenata ocenjuje hranu koju su dobijali tokom boravka u bolnici kao dobru (A), 36.7% pacijenata kaže da je hrana bila osrednja (B), dok 51.3% pacijenata se izjašnjava da je hrana bila loša (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema nalazi se 88% odgovora, a u grupi sa odsustvom problema nalazi se 12% odgovora.



Grafikon 18: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o hrani u bolnici

Upotrebom χ^2 testa nađena je statistički visoko značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 18: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o kvalitetu hrane</i>		
χ^2	df	p
173,280	1	<0,01

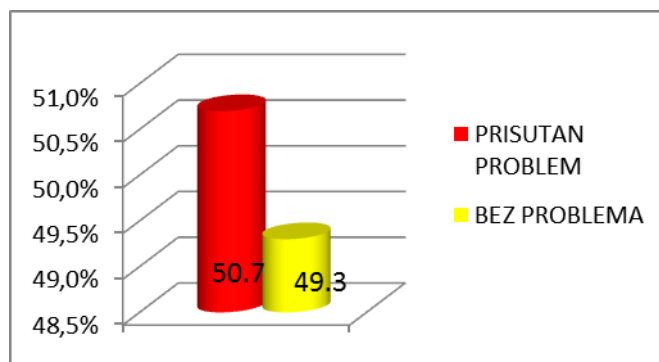
Komentar: 88% pacijenata smatra da je hrana u bolnici osrednja ili loša.

Pitanje broj 19: Kako biste ocenili higijenu soba, mokrog čvora i odeljenja u bolnici?

Ponuđeni odgovori: 1) loše 2) osrednje 3) dobro

Kategorizacija odgovora: 1 = C 2 = B 3 = A

Na ovo pitanje 49.3% pacijenata smatra da je čistoća toaleta i kupatila dobra (A), 39% pacijenata ocenjuje čistoću kao osrednju (B), dok 11.7% pacijenata smatra da je čistoća kupatila i toaleta loša (C). U grupi odgovora sa prisustvom problema ima 50.7% odgovora, a u grupi odgovora sa odsustvom problema ima 49.3% odgovora.



Grafikon 19: Procentualna zastupljenost odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o čistoći kupatila i toaleta u bolnici

Upotrebom χ^2 testa nije nađena statistički značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

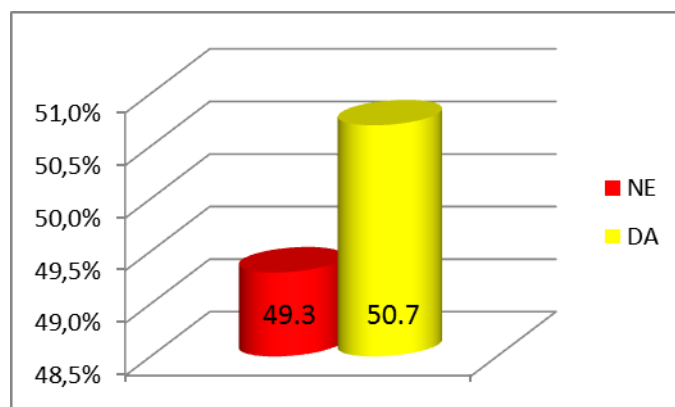
<i>Tabela 19: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o higijeni bolnice</i>		
χ^2	df	p
0,53	1	>0,05

Komentar: *Oko 50% pacijenata smatra da je čistoća toaleta i kupatila dobra.*

Pitanje broj 20: Da li ste tokom boravka u bolnici videli istaknute postere ili brošure sa objašnjenjima na koji način možete da se žalite?

Ponudeni odgovori: 1) da 2) ne

Na ovo pitanje 50.7% pacijenata kaže da je videlo postere ili brošure sa objašnjenjima na koji način mogu da se žale, dok 49.3% pacijenata nije uočilo pomenute postere ili brošure.



Grafikon 20: Procentualna zastupljenost odgovora „DA“ i „NE“ na pitanje o informisanosti na mogućnost žalbi

Upotrebom χ^2 testa nije nađena statistički značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

Tabela 20: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o istaknutim brošurama i posterima

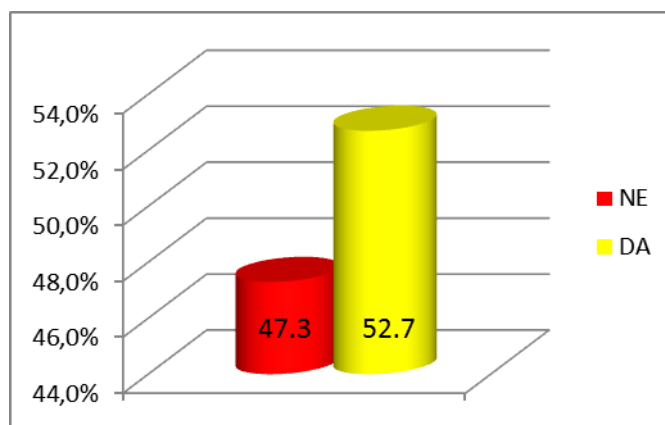
χ^2	df	p
0,53	1	>0,05

Komentar: Oko 1/2 pacijenata nije uočilo obaveštenja o mogućnostima za žalbe.

Pitanje broj 21: Da li biste preporučili ovu bolnicu vama bliskim ljudima?

Ponudeni odgovori: 1) da 2) ne

Na ovo pitanje 52.7% pacijenata spremno je da preporučí bolnicu bliskim osobama, dok se 47.3% pacijenta kaže da ne bi preporučili bolnicu sebi bliskim ljudima.



Grafikon 21: Procentualna zastupljenost odgovora „DA“ i „NE“ na pitanje o preporuci bolnice bliskim ljudima

Upotrebom χ^2 testa nije nađena statistički značajna razlika između učestalosti odgovora u grupi sa odsustvom problema (BP- bez problema) i grupi sa prisustvom problema (PP- prisutan problem).

<i>Tabela 21: Rezultat χ^2 testa ispitivanja razlike učestalosti odgovora sa prisustvom i odsustvom problema na pitanje o preporuci za bolnicu</i>		
χ^2	df	p
0,853	1	>0,05

Komentar: Nešto više od polovine pacijenata spremno je da preporuči bolnicu bliskima.

9 DISKUSIJA

Težnja da se obezbedi kvalitetno lečenje i briga o pacijentu, kao i da se postigne najpovoljniji ishod po zdravlje pacijenata stara je koliko i lekarska profesija. Danas postoji širok spektar međunarodnih organizacija koje imaju uticaj na razvoj i implementaciju regionalnih, nacionalnih i međunarodnih strategija za unapređenje kvaliteta zdravstvene nege. Među najuticajnijim su Zajednički komitet za akreditaciju zdravstvenih organizacija (JSANO) i Institut za medicinu (IOM) sa sedištem u SAD, kao i Međunarodno društvo za obezbeđenje kvaliteta zdravstvene zaštite (ISQua). U Evropi su lideri, Evropsko društvo za kvalitet zdravstvene zaštite (ESQH), Savet Evrope i Regionalna kancelarija Svetske zdravstvene organizacije za Evropu.

Aktivnosti u oblasti kvaliteta u Republici Srbiji tradicionalno su bile usmerene na proveru kvaliteta rada putem nadzora nad stručnim radom zdravstvenih ustanova, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika. Zakonskim i podzakonskim aktima regulisani su strukturalni elementi kvaliteta (kadar, prostor i oprema potrebni za obavljanje zdravstvene nege). Referentne zdravstvene ustanove i republičke stručne komisije učestvovala su u izradi stručno-metodoloških uputstava, dijagnostičko-terapijskih protokola, vodiča dobre prakse. Pojedine zdravstvene ustanove, prepoznajući potrebu da unaprede svoj učinak i kvalitet, uvodile su mehanizme za unapređenje kvaliteta (ISO standardi).

I ako u mnogim segmentima kontroverzan fenomen, zdravstvena nega koja u centru ima pacijenta je dominantan koncept u savremenim sistemima zdravstvene zaštite.⁶³

U svetu postoji veliki broj anketa koje govore o kvalitetu zdravstvene nege i koje su međusobno različite po konceptu i dizajnu (Sitzia 1999⁶⁴). U poslednjih 10-ak godina vide se pokušaji za primenu istih anketa u više zemalja kako bi se omogućilo njihovo poređenje. Picker-ov intitut je radi poređenja sproveo anketu u SAD, Engleskoj, Švedskoj, Švajcarskoj i

⁶³ Van de Bovenkamp, H.M, Trappenburg, M.J, Grit, K.J. (2010).Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model In: Health Expectations,13:73-85

⁶⁴ Sitzia J. (1999) How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 11, No. 4, pp. 319–328.

Nemačkoj⁶⁵. Rezultati ovog poređenja pokazuju da su pitanja i obuhvaćena područja bila značajna u svim zemljama.

Može se primetiti da su principi pristupa „pacijent u centru pažnje“ u smislu definisanja domena široko prihvaćeni. U ispitivanju iskustava bolnički lečenih pacijenata Picker-ov institut je nakon opsežnih istraživanja definisao bazična područja (domene)⁶⁶ usluge koja su od najvećeg značaja za pacijente:⁶⁷

- Informisanost i koordinacija
- Pristup sa poštovanjem prema pacijentima
- Uključenost pacijenta u odluke nege i lečenja
- Doktori
- Sestre
- Čistoća bolničkog prostora
- Kontrola bola.

Jenkinson, Coulter i Bruster su u period od 1998-2000. godine sproveli slično istraživanje koje je obuhvatilo 301 medicinsku ustanovu, sa preko 130 000 pacijenata iz 5 različitih zemalja (SAD, Velika Britanija, Švajcarska, Nemaška i Švedska). Njihovu anketu činilo je 40 pitanja, sačinjenih na osnovu osam dimenzija kvaliteta zdravstvene nege. Ovim istraživanjem identifikovano je 15 problema iz oblasti kvaliteta zdravstvene nege (Prilog bro 4).⁶⁸ Učestalost novootkrivenih problema kretala se u rasponu od 18.5% u Švajcarskoj do 33.8% u Velikoj Britaniji.

Direktna poređenja rezultata ankete sa rezultatima nekih drugih anketa nije moguće, već samo sa anketama koje su koncipirane na isti način, sa istim ili sličnim pitanjima i uz korišćenje iste metodologije. U prikazu rezultata novodizajnirane ankete za odgovore na svako od 25 pitanja dat je komentar. U daljem razmatranju rezultata pružiće se sagledavanja problema posmatrano po domenima.

⁶⁵ Patient experience surveys: the rationale.

http://www.pickereurope.org/Filestore/Misc/Survey_theory_for_web.pdf preuzeto 18.09.2012.

⁶⁶ Core domains for measuring inpatients' experience of care.

http://www.pickereurope.org/Filestore/Policy/position_papers/Discussion_Paper_1_core_domains_inpatient_experience_Dec_09_final.pdf preuzeto 18.09.2012.

⁶⁷ The Picker Institute Implementation Manual. Boston, MA: Picker Institute, 1999

⁶⁸ Jenkinson C., Coulter A. and Bruster S. (2002) The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; Volume 14, Number 5: 353–358.

U području *koordinacije* nalaze se dva pitanja (br. 4 i br. 15) na koja su pacijenti naveli *da medicinski radnici ne daju često različite izjave za istu stvar, a 55.3% pacijenata se izjasnilo u smislu postojanja problema u saradnji između doktora i sestara*. Mogući razlozi za nastanak problema u saradnji između doktora i sestara su nedostaci u segmentu komunikacije, kordinacije, poštovanja ingerencija i organizacije timskog rada, pa je potrebno poboljšati komunikaciju na relaciji sestra -sestra, sestra-doktor.

U području *odnosa sa poštovanjem* nalazi se jedno pitanje (br. 16) na koje je *više od polovine pacijenata smatralo da odnos prema njima nije bio u dovoljnoj meri ispunjen poštovanjem*. Problem: Ponašanje i odnos prema pacijentu (kompleksna priroda osećaja poštovanja). U ovo područje bi se moglo svrstati i pitanje br. 14 koje se odnosi na privatnost prilikom izvođenja medicinskih procedura gde je *više od 2/3 pacijenata smatralo da nije imalo dovoljno privatnosti tokom pregleda i tretmana*. Mogući razlozi za nastanak problema mogu se naći u samoj organizaciji, odnosu prema pacijentu, resursima...

U području *uključenosti pacijenata u odlučivanju i lečenju* nalaze se pitanja br. 6 i br. 13 gde *većina pacijenata smatra da je nedovoljno uključeno u donošenje odluka o sopstvenom lečenju i da nije dobila dovoljno informacija o svom zdravstvenom stanju i lečenju*. Osnovni problemi na ovu temu su: nedovoljan rad sa pacijentom, nedovoljna i neodgovarajuća komunikacija, informisanost - obavezno potpisivanje saglasnosti za predloženo lečenje ne znači i dovoljnu informisanost pacijenta o lečenju.

U području *uključenosti* nalazi se i pitanje br. 10 koje se odnosi na uključenost porodice i osoba bliskih pacijentu: *velika većina pacijenta smatra da bi trebalo da bude više prilika da njima bliske osobe razgovaraju sa doktorom u vezi njegovog zdravstvenog stanja*. Mogući razlozi za nastanak problema: problem organizacije davanja informacija i uključivanje porodice u rešavanje zdravstvenih i rehabilitacionih problema pacijenta.

U području *mišljenja pacijenata o doktorima* nalazi se 3 pitanja (pitanja br. 2, 5 i 13). *Većina pacijenata se izjašnjava da doktori nisu uvek davali jasne odgovore, da nije imala dovoljno prilika da razgovara sa doktorom o svojim brigama i strahovima vezanim za njihovo zdravstveno stanje, a nešto manje od polovine pacijenata u manjoj ili većoj meri nije imala poverenje u doktore koji su ih lečili*. Problemi se nalaze većinom u polju komunikacije:

upotreba stručne terminologije u razgovoru sa pacijentom, nedovoljnost rada na edukaciji pacijenata - neupućenost u moguće ishode lečenja, nedovoljna informisanost. Ipak deo problema nalazi se i u nedovoljnoj posvećenosti pacijentu, nedostatak uvažavanja pacijenata i moguće delimično u preopterećenju zdravstvenih radnika.

U području mišljenja pacijenata o sestrama nalaze se 3 pitanja (pitanja br. 3, 7 i 9). *Većina pacijenata se izjašnjava da sestre nisu uvek davale jasne odgovore, da nije mogla u dovoljnoj meri da razgovara sa sestrama o brigama i strahovima u vezi zdravstvenog stanja i da je vreme od poziva za pomoć pa do ukazivanja pomoći moglo biti kraće.* Problemi se većinom nalaze u polju komunikacije: upotreba stručne terminologije u razgovoru sa pacijentom, nedovoljnost rada na edukaciji pacijenata. Probleme treba tražiti i na polju posvećenosti pacijentu kao i na polju organizacije (preopterećenje).

Na pitanje o iskustvima sa terapijom bola (pitanje br. 8) *2/3 pacijenata je mišljenja da je moglo više da se učini u lečenju njihovog bola.* Mogući razlozi za nastanak problema su u neadekvatnoj kordinaciji i organizaciji.

Kada se govori o uslovima okruženja razmatraju se pitanja koja se odnose na čistoću, ishranu i buku (pitanja br. 17, 18, 19, 22 i 23).

1/2 pacijenata smatra da čistoća soba i odeljenja, toaleta i kupatila nije dovoljno dobra. Problem se nalazi u polju organizacije servisa i materijalnog stanja u zdravstvu.

Statistički značajna većina pacijenata smatra da je hrana u bolnici osrednja ili loša. Najveći deo problema je u zoni materijalnog stanja u zdravstvu.

5% pacijenata navodi da je ponekad bilo uznemiravno tokom noći bukom koju je pravilo osoblje odeljenja. Problem: buka tokom intervencije medicinske ekipe (opravdano?), nepoštovanje discipline i neuvažavanje potreba pacijenata.

Na iskustva pacijenata u području *prijema i otpusta iz bolnice* odnose se dva pitanja (pitanje br. 1 i 11). *Nešto manje od polovine pacijenata smatralo je da je pri prijemu u bolnicu vreme do smeštaja na odeljenje moglo biti brže ili je predugo.* Problemi se nalaze u sektoru prijemne službe i na etapama koje pacijent prolazi do dolaska na odeljenje (anesteziološka ambulanta, laboratorija, rentgen dijagnostika...). Mogući razlozi za nastanak problema su

nedostatak elektronskih informacionih sistema, zagušenja zbog nedostatka plana zakazivanja tokom dana, slaba koordinacija procesa na putu pacijenta do odeljenja, nedostatak opreme... *2/3 pacijenata nije dobilo dovoljno informacija o znakovima bolesti koji se mogu pojaviti nakon izlaska iz bolnice.* Mogući razlozi za nastanak problema: nedovoljna posvećenost pacijentu, nedovoljno zdravstveno-vaspitanog rada, slabost protokola pri otpustu pacijenta.

Na području obaveza informisanja pacijenata o mogućnostima za žalbe, na pitanje br. 20 *49.3% pacijenata se izjasnilo da nije uočilo obaveštenja o mogućnostima za žalbe.* Problem: Neispunjenje obaveza o informisanju pacijenata u vezi mogućnosti za žalbe.

Poređenjem novoformirane ankete i ankete od 30 pitanja koju je sprovedla S. Bogdanović 2010. godine, čiji je cilj bio merenje zadovoljstva pacijenata zdravstvenim uslugama, dobijeni su slični rezultati istraživanja. Upoređivanje rezultata ove ankete sa rezultatima ankete S. Bogdanović moguće je, jer su ankete metodološki koncipirane na isti način, sa sličnim pitanjima. Razlike u dobijenim rezultatima poređenjem ove dve ankete su sledeće: na pitanje „da li vam se dogodilo da o nekoj stvari jedan doktor kaže jedno, a sledeći doktor sasvim nešto drugo, što negira ili demantuje ono prvo?“, u grupi sa odsustvom problema nalazi se 78.7% odgovora (naše istraživanje), a u grupi sa prisustvom problema nalazilo se 65% odgovora u istraživanju S. Bogdanović, na pitanje „kako biste ocenili vremenski interval od trenutka kada ste stigli u bolnicu pa do vašeg smeštaja na odeljenje?“, u grupi sa odsustvom problema nalazi se 52.3% odgovora (naše istraživanje), a u grupi sa prisustvom problema nalazilo se 54% odgovora (istraživanje S. Bogdanović), na pitanje „da li ste imali prilike da razgovarate sa doktorom o vašim brigama i strahovima vezanim za vaše zdravstveno stanje i lečenje?“, u grupi sa prisutnim problemom nalazi se 50.3% odgovora (naše istraživanje), a u grupi sa prisustvom problema nalazilo se 79% odgovora (istraživanje S. Bogdanović), na pitanje „da li vam je lekar ukazao na moguću pojavu znakova bolesti na koje treba obratiti pažnju pošto odete kući?“, u grupi sa prisutnim problemom nalazi se 63.3% odgovora (naše istraživanje), a u grupi sa prisustvom problema nalazilo se 75% odgovora (istraživanje S. Bogdanović), na pitanje „da li ste imali poverenje u doktore koji su vas lečili?“, u grupi pacijenata koja apsolutno veruje doktoru nalazi se 52.3% odgovora (naše istraživanje), a u grupi sa prisustvom problema nalazilo se 50% odgovora (istraživanje S. Bogdanović). Posmatrajući ostatak rezultata sprovedenih istraživanja može se konstatovati i

zaključiti da su odgovori na postavljena pitanja procentualno slično zastupljeni u ispitivanim grupama.⁶⁹

Stara medicinska legenda govori o tome da je Vavilonska kula u osnovi bila bolnica i čim su oni na višim spratovima počeli da govore jezikom koji niko ne razume, poslali su dole kako bi se učili da razgovaraju sa pacijentima. Zdravstveni radnici od davnih vremena u bolnici često govore jezikom koji pacijenti malo, delimično ili uopšte ne razumeju. Sami zdravstveni radnici većinom ne misle da su nerazumljivi, mada ponekad misle da pacijenti i ne treba da ih razumeju. Komunikacija između pacijenata i zdravstvenih radnika mora biti razumljiva, kako bi pacijenti dobili potrebne informacije od lekara.

Bernard Šo je govorio da su sve profesije zavera protiv laika. Zdravstveni radnici nisu ni bolji ni gori od drugih, ali pacijentima je posebno važno da razumeju i shvate zdravstvene radnike. Zbog toga greši i najugledniji lekar koji ne zna, ili ne želi da govori na razumljiv način. Govoreći za pacijenta razumljivim jezikom lekar mu pomaže da bude svestan sopstvene odgovornosti i pomogne sam sebi, što on može i treba bolje od bilo koga drugog. Dobra komunikacija između lekara i pacijenta je najvažniji korak u odnosima za vreme lečenja. Nalazi lekara i podaci o pacijentu se za vreme njegovor boravka u bolnici nalaze na jednom mestu i o njima brinu medicinske sestre ili lekari koje vode računa da su uvek na raspolaganju lekaru.

U većini naših bolnica se uz krevet pacijenta nalazi bolnička tabla sa osnovnim podacima o pacijentu i njegovom stanju, koja se tradicionalno zove temperaturna lista. Za vreme vizite lekari ili sestre upisuju stanje pacijenta, a lekari uputstva šta treba sprovesti u daljem lečenju. Sprovedena istraživanja pokazuju da se telesno i psihičko stanje pacijenata poboljšava onda kada redovno prate svoje stanje na bolničkoj tabli, kada potvrde ili negiraju svoje neizvesnosti, strahove i nade. Pacijenti, nažalost, često ne razumeju bolničke table, gotovo da su prinuđeni da ne gledaju sopstvene nalaze, a skoro nikada im samo osoblje neće pokazati i naučiti ih kako da prate svoje zdravstveno stanje.

Sigurno je, da bez obzira na nivo edukacije pacijenta, teško je moguće da pacijent raspoláže sa stručnim znanjem da bi mogao da se upusti u kompetentnu diskusiju sa lekarom. Stoga za relaciju pacijent – zdravstveni radnik od velikog značaja je način komunikacije (ponašanje,

⁶⁹ Bogdanović S. (2011), Merenje zadovoljstva korisnika kvalitetom usluge u zdravstvu, master rad, Fakultet organizacionih nauka.

empatija, poštovanje) s jedne strane, i sa druge strane na razumljivi način data objašnjenja o zdravstvenom stanju i merama lečenja koja će biti preduzeta. Na takav način pacijent ima osećaj sigurnosti što doprinosi osećaju poverenja.

Dodatno pacijentu je značajan kako nivo tako i količina informacija: npr. koji će lekovi biti korišćeni, šta sa njima treba da se postigne, koje su moguće pojave ili nus pojave koje se mogu očekivati prilikom korišćenja određene terapije i kako u tim stanjima pacijent treba da se ponaša.

Vreme posvećeno pacijentu od strane stručnih lica takođe je važan činilac jer pruža mogućnost pacijentu za razgovor i brojna pitanja koja on smatra da su od značaja. Ovo vreme daje jednu dimenziju kvaliteta zdravstvene usluge.

Ono što sigurno određuje osećaj zadovoljstva pacijenta jeste dostupnost i onih od kojih očekuje pomoć. Jedna od čestih zamerki pacijenata je da se dugo čeka od trenutka kada pozovu za pomoć do trenutka da taj neko dođe do njih. Zato je to pitanje zastupljeno gotovo u svim anketama jer ono kao takvo nije vezano za vrstu oboljenja kao ni za modalitete lečenja. Može se smatrati da je ovo jedno od važnih pitanja koje odražava kvalitet usluge koja se pruža, pogotovo što pacijenti na ovo pitanje daju odgovore iz svoga iskustva i da bez obzira na nivo obrazovanja, materijalno stanje i starost imaju približno podjednaka očekivanja.⁷⁰

Bol je jedan od stalnih pratilaca pacijenata bilo kao stalno prisutan ili se javlja u određenim situacijama. Bol je vrlo neprijatno iskustvo koje pacijenta plaši i uznemirava. Stoga je kupiranje bola jedan od prioriteta svih zdravstvenih službi. Smanjivanje bola i patnje treba da bude jedan od najvažnijih ciljeva svakog lekara. Važno je da se u bolnici u kojoj leži pacijent ispravno kontroliše nepotrebn bol. Tradicionalno lekari ne vole da daju sredstva za kontrolu bola kako ne bi stvarali zavisnike. Veliki broj lekara nema znanje potrebno za kvalitetnu kontrolu bola. Pacijent već izložen bolu ili koji zna da će biti izložen bolu treba da učini sledeće: prodiskutuje sa svojim lekarom o bolu i strahovima, treba da pita o nuspojavama sredstava protiv bola, što tačnije treba da informiše lekara o svom bolu. Takođe, treba da

⁷⁰ Bogdanović S. (2011), Merenje zadovoljstva korisnika kvalitetom usluge u zdravstvu, master rad, Fakultet organizacionih nauka

postavi pitanja da li lekovi mogu potpuno ukloniti bol i da li se bol javlja pre ponovnog uzimanja lekova. Treba da razjasni sa lekarom razne mogućnosti kontrole bola. Bol je pitanje dostojanstva. Nečovečno je u bolnici dozvoliti da čovek umre u bolovima ako je moguće sprovesti kontrolu bola. Izostanak adekvatnog lečenja bola može se smatrati lošim radom zdravstvene službe, pa se tretman bola uzima kao jedan od važnih parametar kvaliteta zdravstvene službe i zadovoljstva pacijenta.

U odgovorima na najveći broj pitanja konstatuje se značajno veće prisustvo problema, a i tamo gde je statistička značajnost mala ili je nema, nalaz problema u nekoliko desetina procenata veoma je važan posmatrano iz perspektive menadžera i u kontekstu samih pitanja. Neophodno je pažljivo tumačenje rezultata jer se po svakom pitanju ispitivala statistička značajnost razlike između frekvence odgovora sa prisustvom problema i frekvence odgovara sa odsustvom problema, a ne statistička značajnost u odnosu na neku očekivanu ili prihvaćenu vrednost. Očekivane vrednosti se mogu dobiti samo iz prethodnih ozbiljnih istraživanja primenom istog metoda i na istom materijalu, a takvih studija u našoj zemlji nije bilo. Jasno je da ne postoji idealan sistem u kome nema nezadovoljstva, ali pregledom literature nije nađen stav o tome koji je to prihvećen nivo zadovoljstva odnosno nezadovoljstva.

Zato se za tumačenje rezultata moraju uzeti i statistička značajnost i deskriptivni parametri. Ako konstatujemo da se na pitanje poverenja u doktore pola pacijenata izjasnilo u smislu postojanja problema, ovaj nalaz ima veliku važnost i pobuđuje veliku pažnju, iako nema statistički značajne razlike između frekvenci odgovora sa prisustvom i odsustvom problema. Teško da se iko može pomiriti sa činjenicom da svaki drugi pacijent, makar i delimično, nema poverenje u doktora.

Nesumljivo, iz prikaza rezultata ove ankete konstatuje se veoma značajno prisustvo problema u zdravstvenoj usluzi. S obzirom da je zoni prisustva problema dat širok prostor, može se reći da je mala učestalost odgovora u grupi „odsustvo problema“ od velikog značaja. Osnovano je pretpostaviti da su gotovo svi pacijenti koji se izjašnjavaju da nema problema u suštini zadovoljni. Nasuprot tome, kada se pacijent izjašnjava kao zadovoljan to ne isključuje prisustvo problema. Ovo je osnovna razlika između nove ankete i nacionalne ankete. Onog trenutka kada se pacijentu dopusti da donosi procenu uključuju se i brojni faktori koji utiču

na osećaj zadovoljstva kao što su očekivanja, ali i elementi okruženja, uvažavanja za trenutnu ekonomsku situaciju u društvu itd., što značajno relativizira odgovor.

U sprovedenom istraživanju, baziranom na iskustvu pacijenata ne ispituju se sve dimenzije kvaliteta zdravstvene usluge. Ako posmatramo sveukupni kvalitet zdravstvene usluge, merenjem zadovoljstva korisnika iskoristili smo samo jedan metod u ispitivanju kvaliteta. Brojna druga istraživanja i praćenja sprovode se na temu tehničkog performansa, ishoda lečenja, dajući nam dodatne informacije u ukupnom kvalitetu zdravstvene usluge. U našoj zemlji se na temu kvaliteta zdravstvene usluge sprovode mere praćenja određenih situacija i ishoda, o kojima zdravstvene ustanove izveštavaju na mesečnom nivou Institut za javno zdravlje Srbije – Pokazatelji kvaliteta zdravstvene usluge (bezbednost pacijenta, komplikacije tokom lečenja,...). I sam Pickerov institut navodi da ovaj način ispitivanja zadovoljstva korisnika ne predstavlja meru ukupnog kvaliteta zdravstvene usluge.

Ipak, izuzev ovih napora na nivou države, nema podataka o sistematskim ispitivanjima zadovoljstva pacijenata koje bi preduzimale samoinicijativno same zdravstvene organizacije. Razlog za ovakvo stanje verovatno leži u činjenici da u upravnim strukturama zdravstvenih organizacija nema dovoljno edukovanih menadžera. S druge strane, za ozbiljan rad na ovom polju potrebni su ljudi koji uz ozbiljnu edukaciju imaju iskustvo u zdravstvu, i koji će biti posvećeni ovim problemima. Oni treba da predstavljaju motornu snagu za dalji rad i usavršavanja metoda istraživanja. Na menadžerskim strukturama leži veliki deo odgovornosti za poboljšanje kvaliteta zdravstvene usluge i posledično zadovoljstva pacijenata⁷¹. Na kvalitet zdravstvene usluge ne utiče samo kvalitet rada pojedinog lekara ili zdravstvene ustanove, već i kvalitet organizacije zdravstvenog sistema. Utvrđeni elementi dimenzije usluge, koje treba da budu predmet pažnje, mogu poslužiti menadžmentu u donošenju odluka, koje imaju za cilj poboljšanje kvaliteta.

PPE-15 je dizajniran tako da bude jednostavan za pacijenata, kao i da omogući brzo i efikasno bodovanje odgovora. U tom smislu instrument je kratak, praktičan i kao algoritam trebalo bi ga usvojiti. Prethodna istraživanja ukazala su da složeniji sistemi bodovanja, na osnovu iskustava pacijenata, dovode do grešaka u konačnom zbiru. PPE-15 obezbeđuje

⁷¹ Filipović V., Cicvarić S., Štavljanin V. et al. (2010) Influence of healthcare institution managers' proactive approach to communication activities on patient satisfaction. *Vojnosanit Pregl*, Vol. 67, No. 4, pp. 267-271.

višestruku dobit. Prvo moguće je otkriti specifične zahteve pacijenta na osnovu njihovog iskustva. Takve informacije mogu direktno uticati na političke odluke u datoj bolnici. Na primer, ako pacijenti prijavljuju probleme u komunikaciji sa osobljem, određenim programima menadžment bolnice može praćenjem problema poboljšati trenutnu situaciju.

10 ZAKLJUČAK

U odgovoru na ciljeve istraživanja zaključci su sledeći:

1. Osnovni motiv ovog istraživanja bio je da ukaže na mogućnosti i ograničenja u definisanju i utvrđivanju kvaliteta usluge zdravstvene nege pacijenata hirurške klinike, sa pretpostavkom da se anketiranjem pacijenata baziranim na njihovim iskustvima mogu dobiti konkretniji i pouzdaniji podaci o problemima u zdravstvenoj usluzi. Na osnovu ovako sprovedenog ispitivanja mogu se sagledati potencijalni problemi u pruženoj zdravstvenoj usluzi, kao i moguća rešenja za novootkrivene probleme. Istraživanjem je obuhvaćeno 300 bolnički lečenih pacijenata u Beogradu na jednoj Klinici za Hirurgiju, u periodu od 15. jula 2012. do 15. oktobra 2012. godine.

2. Posmatrajući ukupne rezultate sprovedenog istraživanja može se konstatovati da najveći broj identifikovanih problema odgovara novootkrivenim problemima u većini sprovedenih studija na temu kvaliteta zdravstvene nege. Rezultati ove studije pružaju korisne dokaze i identifikuju aspekte zdravstvene nege u zbrinjavanju postoperativnog bola koje treba poboljšati. Na osnovu rezultata najbolji način poboljšanja zdravstvene nege bio bi redovna procena jačine bola i provera analgetskog učinka datih lekova. U svim ispitivanim segmentima zdravstvene nege nađeno je značajno prisustvo problema, skoro 2/3 odgovora su u grupi sa prisustvom problema. Pošto su sva postavljena pitanja u pozitivnoj korelaciji sa kvalitetom zdravstvene nege može se zaključiti, na osnovu elemenata zdravstvene usluge koji su ispitivani, da zdravstvena nega pacijenata nije na zavidnom i očekivanom nivou.

3. Anketiranjem pacijenata na osnovu njihovih iskustava tokom boravka u bolnici u velikoj meri otkrivaju se problemi kvaliteta u pružanju zdravstvene usluge. Upravo ova konstatacija predstavlja doprinos ovog istraživanja i otvara mogućnosti za bolje sagledavanje problema kvaliteta u zdravstvenoj usluzi i nezi korisnika/pacijenata. Svaka zdravstvena organizacija, primereno svoj veličini i delatnosti, trebalo bi da sprovede sopstveno istraživanje sa ciljem što boljeg uvida u probleme i projektovanje mera za poboljšanja. Stalnim sistematskim ispitivanjem pacijenata pratile bi se određene dimenzije kvaliteta usluge ali i efikasnost mera poboljšanja. Primena ovakvog koncepta bilo bi od velikog značaja za menadžere zdravstvenih ustanova, sa krajnjim ciljem unapređenja kvaliteta usluge

na obostrano zadovoljstvo i pacijenata i pružaoca zdravstvene usluge. Kako bi kvalitet zdravstvene nege postao merljiv potrebno je precizno definisati pokazatelje kvaliteta zdravstvene nege. Pokazatelji se moraju odnositi na segmente rada za čiji kvalitet su odgovorni isključivo medicinsko osoblje. Rezultati ove studije ukazuju na 15-ak pokazatelja koji se mogu koristiti u proceni i unapređenju zdravstvene nege u hiruškim ustanovama.

4. Rezultati dobijeni istraživanjem na osnovu iskustava pacijenata mogu dati veliki doprinos u izradi smernica za poboljšanje uočenih nedostataka. Kako kvalitet usluge nikada nije toliko dobar da ne bi mogao biti bolji, rezultati, dobijeni analiziranjem ankete pokazali su da je potrebno sprovesti niz aktivnosti, koje su prezentirane u ovom radu. Osnovno je da treba implementirati standarde kvaliteta. Na taj način zadovoljenjem tih zahteva, kvalitet će se poboljšati do nivoa koji će obezbijediti kvalitetnu uslugu.

5. Ovakav vid istraživanja, sa minimalnim setom od 15-ak pitanja, daje odgovore na pitanja koja su važna za pacijente, bolničke menadžere i zdravstvene radnike i na osnovu njih se može očekivati da se identifikovani problemi reše. Rezultati predstavljeni u ovom radu pokazuju da mnogi pacijenti ne dobijaju optimalne uslove nege. Primenom ovog istraživanja, anketa kao instrument može da se koristi za praćenje zdravstvene nege tokom dužeg vremenskog perioda, i nadam se da će pomoći u poboljšanju kvaliteta. Preko pokazatelja indikatora kvaliteta zdravstvene nege može se videti da bolnički sektor nije dovoljno iskorišćen što će zahtevati reorganizaciju bolnica koje je predvidelo Ministarstvo zdravlja Republike Srbije preko Strategije za sekundarni i tercijarni nivo. Svim građanima Srbije je u apsolutnom interesu „Efikasan i efektivan bolnički sektor koji je orijentisan ka pružanju dostupnih kvalitetnih i sigurnih zdravstvenih usluga svim stanovnicima Republike Srbije u skladu sa njihovim zdravstvenim potrebama“.

LITERATURA

Heleta M., *Menadžment kvaliteta*, Beograd, 2008.

Bjegović V, Simić S, Dimitrijević Z, Šaulić A. Akreditacija zdravstvenih ustanova kao spoljašnji mehanizam unapređenja kvaliteta. *Kvalitet u zdravstvenoj zaštiti*. Beograd, 2001.

Deming. EW. *Nova ekonomska misao*. Privredni pregled. 1996.

Heleta M., *Upravljanje kvalitetom*, Univerzitet Singidunum, 2009

Juran JM, Blanton G. (editors). *Juran's Quality Handbook*. McGraw-Hill. 2008; 41.1 – 41.32.

Shaw C. External quality mechanism for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000; 12 (3):169-75.

Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Aff* 2001; 20: 24–52.

Cleary P, Edgman-Levitan S, McMullen W, Delbanco T. The relationship between reported problems and summary evaluations of hospital care. *Qual Rev Bull* 1992; February: 53–59.

CAHO Joint Commissions for Accreditation of Healthcare Organizations (1998): *National Library of Health Indicators* (with glossary).

Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Aff* 2001; 20: 24–52.

Lorenzo S, Beech R, Lang T, Santos-Eggimann B. An experience of utilization review in Europe, *International Journal for Quality in Health Care*, 2001; 11: 13-9.

SRPS ISO 9000:2007, *Sistemi menadžmenta kvalitetom – Osnove i rečnik*, Institut za standardizaciju Srbije, 2007.

SRPS ISO 9001:2008, *Sistemi menadžmenta kvalitetom – Zahtevi*, Institut za standardizaciju Srbije, 2008.

IWA, *Quality management systems – guidelines for process improvements in health service organizations*. Based on ISO 9004, 2000, second edition, ISO 2001.

Calligaro KD et al. *J Vase Surg* 1994; "A clinical pathway for inguinal hernia repair reduces hospital admissions".

Šofranac R. Šofranac M. "Menadžment kvalitetom u medicini" Pobjeda 2007 Podgorica.

Ware J.E., Snyder M.K. (1976) Dimensions of patients' attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*, Vol 13: 669-683.

NHS Quality Improvement Scotland. Patients focus and Public Involvement. 2003. <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/158744/0043087.pdf> Preuzeto 05.09.2012.

Ware J.E., Snyder M.K., Wright W.R., Davies A.R. (1983) Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Prog Plan*, Vol. 6: 247-263.

Hsieh C-M. Using client satisfaction to improve case management services for the elderly. *Res Soc Work Pract* 2006;16:605–612.

Baker PN, van der Meulen JH, Lewsey J, Gregg PJ. The role of pain and function in determining patient satisfaction after total knee replacement. *J Bone Joint Surg* 2007;89:893–900.

J Watch Emergency Med. 2006; “Nursing Home Clinical Pathway for Respiratory Infections Reduces Hospitalization”.

SRPS ISO 10004:2010, Menadžment kvalitetom – Zadovoljstvo korisnika – Uputstva za praćenja i merenja, Institut za standardizaciju Srbije, 2010.

ISO 10004 (ISO 10004 – Menadžment kvalitetom – Zadovoljstvo korisnika – Uputstva za praćenje i merenje).

Upitnik o zadovoljstvu pacijenata bolničkim lečenjem. Insitut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović-Batut“. <http://www.zdravlje.org.rs> Preuzeto 12.09.2012.

<http://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Izvestaj%20o%20zadovoljstvu%20korisnika%202011.pdf> Preuzeto 12.09.2012.

Cleary P, Edgman-Levitan S, McMullen W, Delbanco T. The relationship between reported problems and summary evaluations of hospital care. *Qual Rev Bull* 1992; February: 53–59.

Ware J.E., Snyder M.K. (1976) Dimensions of patients' attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*, Vol 13: 669-683.

Nwabueze, U., 1997, Editorial: Total Quality Management in Health Care, *Total Quality Management*, Vol. 8, No. 5, pp. 203.

P. M. Andre, N. H. Afgan, M. G. Carvalho, Management System Sustainability (Based on QMS, EMS, H&S and Business Indicators), *International Journal for Quality Research*, No. 2.

D. Tadic, V. Cvjetkovic, D. Milovanovic, Determining and Monitoring of the Therapy Procedures by Application of the Artificial Intelligence Methods Relevant for Acquiring of the Quality Excellence in the Processes of The Medical Treatment, *International Journal for Quality Research*, No.3.

CAHO Joint Commissions for Accreditation of Healthcare Organizations (1998): *National Library of Health Indicators* (with glossary).

Jenkinson C., Coulter A. and Bruster S. (2002) The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; Volume 14, Number 5: 353–358.

Principles of patient-centered care, preuzeto sa <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles> 28.10.2012.

Jenkinson C., Coulter A., Reeves R., Bruster S. and Richards N. (2003) Properties of the Picker Patient Experience questionnaire in a randomized controlled trial of long versus short form survey instruments. *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 25, No. 3, pp. 197–201.

Janošević S., Dotlić R., Erić-Marinković J. (2008) *Medicinska Statistika*. Medicinski fakultet, Beograd.

Sitzia J. (1999) How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 11, No. 4, pp. 319–328.

Patient experience surveys: the rationale.

http://www.pickereurope.org/Filestore/Misc/Survey_theory_for_web.pdf preuzeto 18.09.2012.

Core domains for measuring inpatients' experience of care.

http://www.pickereurope.org/Filestore/Policy/position_papers/Discussion_Paper_1_core_domains_inpatient_experience_Dec_09_final.pdf preuzeto 18.09.2012.

The Picker Institute Implementation Manual. Boston, MA: Picker Institute, 1999

Zeithaml V.A., Berry L.L., Parasuraman A. (1993) The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 21, No. 1, pp. 1-12.

Bogdanović S. (2011), *Merenje zadovoljstva korisnika kvalitetom usluge u zdravstvu*, master rad, Fakultet organizacionih nauka

Filipović V., Cicvarić S., Štavljanin V. et al. (2010) Influence of healthcare institution managers' proactive approach to communication activities on patient satisfaction. *Vojnosanit Pregl*, Vol. 67, No. 4, pp. 267-271.

van de Bovenkamp, H.M, Trappenburg, M.J, Grit, K.J. (2010).Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model In: Health Expectations,13:73-85

IWA, Quality management systems – guidelines for process improvements in health service organizations. Based on ISO 9004, 2000, second edition, ISO 2001.

Good Pharmacy Practice, Joint FIP/WHO Guidelines on GPP: Standards for quality of pharmacy services, 2011.

Šofranac R. “Osam komponenti koje obezbeđuju kvalitet usluge”, Časopis “Kvalitet” Br. 7-8, Beograd, 1997 god.

ISQua Checklist for Development of new Healthcare Accreditation Programmes (ISQua, November 2006).

Panić G., *Život nakon operacije na srcu-inicijalni oporavak*, Beograd, 2010.

Kostić E., Merenje zadovoljstva korisnika usluge na primeru Delta DMD-a. Quarterly Marketing Journal, Vol.41, No. 4, pp. 268-276.

Mitrović S. (2008), Priprema bolničkih odeljenja za kontrolu zdravstvene nege, Specijalistički rad, Univerzitet Apeiron Banja Luka.

Šofranac R. Šofranac M. “Menadžment kvalitetom u medicini“ Pobjeda 2007 Podgorica.

Edvardsson, B. i Roos, I. Critical Incident Techniques - Towards a framework for analysing the criticality of critical incidents 2001. Publicerad in: *International Journal of Service Industry Management*. 12(3-4). str 251-268.

Garvin, D.A. (1984) What does ‘product quality ‘really means? Sloan Management Review, 26 (1), pp. 25-43.

Osland, O. (1997), “Impact of total quality attitude management and training, and work context on attitude supervisor”, *International Journal of Organization Analysis*, Vol. 5 No. 3, pp. 291-301.

William G.Zikmund (2003), “Business Research Methods”, 7 ed, South- Western.

PRILOZI

Prilog broj 1

Dimenzije iskustava pacijenata u Picker-ovom istraživanju i određene stavke u okviru svake dimenzije

Informisanje i obrazovanje

- Nedovoljno informacija o nesreći ili nezgodi
- Kašnjenje u prijemu na odeljenju nije objašnjeno
- Odgovori lekara na pitanja nedovoljno jasni
- Odgovori na pitanja sestrama nedovoljno jasni
- Rezultati ispitivanja nedovoljno objašnjeni

Koordinacija zaštite

- Hitna zaštita nije dobro organizovana
- Prijemni proces nije dobro organizovan
- Dugo čekam da odem na odeljenje bolnice
- Nije naglašeno koji je lekar bio zadužen za brigu o pacijentu
- Osoblje davalo kontradiktorne informacije
- Dugo čekanje na planirane testove i procedure

Fizički komfor

- Pacijenti ne dobijaju pomoć da odu u kupatilo / toalet
- Morao sam da čekam dugo nakon što pritisnem dugme za pozivanje
- Morao sam da čekam predugo da bih dobio lek protiv bolova
- Osoblje nije učinila dovoljno da kontroliše bol

Emocionalna podrška

- Doktor nije razmatrao anksioznosti i strahove
- Smanjeno poverenje u lekare
- Smanjeno poverenje u sestre
- Nije lako naći nekoga za razgovor o problemima

Poštovanje ličnosti pacijenata

- Lekari ponekad govorili kao da nisam bio tamo
- Medicinske sestre ponekad govorile kao da nisam bio tamo
- Nisam dovoljno uključen u donošenje odluka o lečenju i nezi
- Manjak poštovanja

Uključivanje porodice i prijatelja

- Porodica nije dobila priliku da razgovarajsa lekarom
- Porodica nije dobila dovoljno informacija o stanju
- Porodica nije dobila potrebne informacije da bi ubrzali oporavak

Kontinuitet i tranzicija

- Svrha lekova nije u potpunosti objašnjena
- Nedovoljno objašnjenja o efektima lekova neželjenih
- Nedovoljno objašnjenja o simptomima koji nastaju kod kuće
- Nije rekao kada bih mogao da nastavim sa normalnim aktivnostima

Opšti utisak

- Ljubaznost osoblja na prijemu nije dobra
- Ljubaznost lekara nije dobra
- Dostupnost lekara nije dobra
- Ljubaznost sestara nije dobra
- Dostupnost sestara nije dobra
- Doktor i sestra nisu imali dobar timski rad
- Generalno nega nije dobra
- Ne bih preporučio ovu bolnicu prijateljima ili porodici

Prilog broj 2

Anketa koju su pacijenti popunjavali tokom hospitalizacije*

Hvala Vam što ste pristali da učestvujete u ovom istraživanju. Ova anketa je potpuno anonimna po pitanju Vas. Podaci će biti korišćeni isključivo u istraživačke svrhe.

Molim Vas da odgovorite na sledeća pitanja zaokruživanjem tačnog odgovora.

1. Kako biste ocenili vremenski interval od momenta kada ste stigli u bolnicu pa do vašeg smeštaja na odeljenje?

- 1) Predugo 2) moglo je biti brže 3) Odgovarajuće, nisam dugo čekao-la

2. Kada ste postavili doktoru važna pitanja, da li su vam dati jasni odgovori?

- 1) da, uvek 2) da, ponekad 3) ne

3. Kada ste postavili sestri važna pitanja, da li su vam dati jasni odgovori ?

- 1) da, uvek 2) da, ponekad 3) ne

4. Da li vam se dogodilo da o nekoj stvari jedan doktor kaže jedno, a sledeći doktor sasvim nešto drugo, što negira ili demantuje ono prvo ?

- 1) da, često 2) da, ponekad 3) ne

5. Da li ste imali priliku da razgovarate sa doktorom o vašim brigama i strahovima vezanim za vaše zdravstveno stanje i lečenje ?

- 1) da, u potpunosti 2) da, ponekad 3) ne

6. Da li ste bili u potpunosti uključeni u donošenje odluka u vezi vašeg lečenja?

- 1) da, u potpunosti 2) da, u nekoj meri 3) ne

7. Da li ste mogli da razgovarate sa sestrom o vašim brigama i strahovima vezanim za vaše zdravstveno stanje i lečenje ?

- 1) da, u potpunosti 2) da, donekle 3) ne

8. Da li ste u bilo kom trenutku imali bolove?

- 1) Da 2) Ne

Ako je vaš odgovor Da odgovorite na sledeće pitanje

Da li mislite da je bolničko osoblje učinilo sve što je moglo u lečenju vašeg bola?

- 1) da, definitivno 2) da, u nekoj meri 3) ne

9. Kako ocenjujete dužinu vreme proteklo od trenutka kada ste pozivali za pomoć do trenutka kada vam je pomoć pružena?

- 1) Odgovarajuće, na vreme 2) moglo bi biti brže 3) veoma dugo-
sporo

10. Da li mislite da je bilo dovoljno prilika (mogućnosti) da vaša porodica ili neko vama blizak razgovara sa doktorom u vezi vašeg zdravstvenog stanja i lečenja?

- 1) da, u potpunosti 2) da, u nekoj meri 3) ne

11. Da li vam je lekar ukazao na moguću pojavu znakova bolesti na koje treba da obratite pažnju pošto odete kući?

- 1) da, u potpunosti 2) da, u nekoj meri 3) ne

12. Da li ste imali poverenje u doktore koji su vas lečili?

- 1) Da 2) uglavnom da 3) ne

13. Kako ocenjujete nivo informacija koje ste dobili o vašem zdravstvenom stanju i lečenju?

- 1) Loš 2) osrednji 3) dobar

14. Da li ste imali dovoljno privatnosti tokom pregleda i tretmana?

- 1) Da, uvek 2) ponekad 3) ne

15. Po vašoj oceni kakva je bila saradnja između doktora i sestara?

- 1) Slaba 2) Osrednja 3) Dobra

16. Sveukupno, da li mislite da su se svi prema vama odnosili sa poštovanjem ?

- 1) da, uvek 2) da, ponekad 3) ne

17. Da li ste tokom noći uznemiravani bukom koju je pravilo osoblje bolnice, iako za to nije bilo opravdanja?

- 1) Da, često 2) Da, ponekad 3) Ne

18. Kako biste ocenili kvalitet i raznovrsnost hrane koju ste dobijali tokom boravka u bolnici?

- 1) Loša 2) Osrednja 3) Dobra

19. Kako biste ocenili higijenu soba, mokrog čvora i odeljenja u bolnici?

1) Loše

2) Osrednje

3) Dobro

20. Da li ste tokom boravaka u bolnici videli istaknute postere ili brošure sa objašnjenjem na koji način možete da se žalite?

1) Da

2) Ne

21. Da li bi ste preporučili ovu bolnicu vama bliskim ljudima?

1) Da

2) Ne

22. Vaš pol:

1) Ženski

2) Muški

23. Vaše godine starosti? _____

24. Nivo Vaše stručne spreme:

1) nezavršena škola 2) osnovna škola 3) srednja škola 4) viša i visoka škola

25. Vaše materijalno stanje:

1) Loše

2) Osrednje

3) Dobro

Vaši predlozi i sugestije:

Hvala

*Anketa sastavljena većim delom od prevedenih pitanja iz ankete Pickerovog instituta, a delom od pitanja dobijenih tehnikom kritičkih incidenata.

Prilog broj 3

Primeri pitanja iz Picker-ove PPE-15 ankete sa percepcijom mogućim problemima od strane pacijenata (podebljani odgovori su definisani kao „PROBLEMI“)

Kada ste imali važna pitanja i postavili ih doktoru, da li ste dobili odgovore koje možete da razumete?

1. Da, uvek
2. **Da, ponekad**
3. Ne
4. Nije bilo potrebe za pitanja

Ponekad u bolnici jedan lekar ili medicinska sestra će reći jednu stvar, a drugi će reći nešto sasvim drugo.

Da li se ovo dešavalo?

1. **Da, često**
2. **Da, ponekad**
3. Ne

Da li su lekari govorili pred vama kao da niste bili tamo?

1. **Da, često**
2. **Da, ponekad**
3. Ne

Da li ste želili da budete više uključeni u odluke o vašoj nezi i lečenju?

1. **Da, često**
2. **Da, ponekad**
3. Ne

Prilog broj 4

Problemi identifikovani na osnovu pitanja uključenih u PPE-15

1. Odgovori lekara na pitanja nisu jasni
2. Odgovori na pitanja sestrama nisu jasni
3. Osoblje je davalo kontradiktorne informacije
4. Doktor nije razmatrao anksioznosti i strahove pacijenata
5. Lekari ponekad govorili kao da pacijent nije bio tamo
6. Pacijenti nisu dovoljno uključeni u donošenje odluka o lečenju i nezi
7. Pacijenti nisu uvek tretirani sa poštovanjem i dostojanstvom
8. Sestre nisu razgovarale sa pacijentima o strepnji i strahova
9. Nije lako naći nekoga za razgovor o problemima
10. Osoblje nije učinilo dovoljno da bi kontrolisali bol pacijenata
11. Porodica nije dobila priliku da razgovara sa lekarom
12. Porodica nije dobila dovoljno informacija potrebnih za postoperativni oporavak
13. Svrha lekova nije objašnjena
14. Doktor nije pričao o neželjenim efektima lekova
15. Doktor nije pričao o simptomima koji se mogu javiti kod kuće