
Stru-ni i nau-ni radovi

Pokazateqi kvaliteta bolni~ke zdravstvene nege

D. Milutinovi},¹ T. Cigi},² M. Martinov-Cvejin³

Quality Indicator of Hospital Nursing Care

Milutinovic, D. M.D., Mr sc; Cigic, T., M.D., Prof.; Martinov-Cvejin, M., M.D., Ph.D., D.S.M., Prof

Sa`etak. Pravo je svih pacijenata/korisnika da dobiju kvalitetnu zdravstvenu negu, koja je odgovornost svih medicinskih sestara koje je realizuju. Kvalitetna zdravstvena nega defini{e se kao nega koja se pru`a u skladu sa ustanovljenim standardima i principima sestarske profesije.

Prema Donabidijenu kvalitet zdravstvene nege se mo`e posmatrati sa aspekta kvaliteta struktura, kvaliteta procesa i kvaliteta ishoda. Pojedini autori su isticali va`nost procene stava medicinskih sestara prema kvalitetu i njihovom uticaju na ishod sveukupne nege i le~ewa. U zak~ku-kvalitativne studije, koja je sprovedena u cilju utv`r`ivawa zna~ajnih aspekata sestarske nege koji mogu uticati na kvalitet sveukupne nege na hirur{kim odeljenjima, navode se dve dimenzije kvaliteta koje su nazvane „preduslovi“ i „elementi performansi“.

Interesovanje za ispitivawe, odnosno procenu, kvaliteta zdravstvene nege naglo je poraslo kada je Ameri~ko udru`ewe medicinskih sestara dizajniralo I{t ajni program kvaliteta zdravstvene nege. Ovo udru`ewe je identifikovalo kao pokazateqe kvaliteta za bolnike negu: zadovoljstvo pacijenta pru`enom sestarskom negom, tretamanom bola i dobijenim informacijama, iako medicinske sestare nisu jedino odgovorne, one su profesionalna gru-

Summary. Good-quality care is a right of all patients/users and the responsibility of all nurses who deliver it. The quality of nursing care is defined as care that has been provided according to the hospital's standard and job requirements.

According to Donabedian, the quality of nursing care can be observed from the aspect of quality structure, quality process and quality outcome. Several authors have reported the importance of the evaluation of nurses' opinions of important aspects of nursing care that might have an impact on quality of care and treatment. In conclusion of the qualitative study which was conducted with the aim to find out important aspects of nursing care that might have an impact on quality of care in surgical wards, indicate two dimensions, here called "prerequisites" and "elements of performance".

Interest to examine/evaluate the quality of care escalates when American Nurses' Association designed a Nursing Quality Report Card. This association identified several nursing-sensitive indicators in hospital settings: patient's satisfaction with nursing care, pain management and provision of educational information, although, nursing cannot accept responsibility for failings they are professional group which is 24 hours with the patient. Nursing-sensitive indicator

¹ Asist. mr sc. Dragana Milutinovi}, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za zdravstvenu negu.

² Prof. dr Tomislav Cigi}, Klini~ki centar Vojvodine, Klinika za neurohirurgiju, Novi Sad.

³ Prof. dr Mirjana Martinov-Cvejin, Institut za javno zdravqe Vojvodine, Novi Sad.

pa koja je 24 sata uz pacijente. Broj pacijenata sa dekubitnim ranama i broj padova pacijenata navode se kao pokazatelji, pri čemu se ističe neophodnost procene i dokumentovanja rizika za razvoj ovih neželjenih događaja. Učestalo nozokomijalnih infekcija, prevenstveno urinarnih infekcija kod kateteriziranih pacijenata, kvalifikaciona struktura sestara koje neposredno učestvuju u nezi pacijenta uz ukupne satne sestrinske nege po pacijentu, uz zadovoljstvo medicinskih sestara radnim mestom, uveličani zamažna značajna su determinante bolničke zdravstvene nege.

Definisanje i korišćenje pokazatelja u kliničkim sestrama treba da bude najviši prioritet za rukovodioce zdravstvenim ustanovama.

Uvod

Koncept kvaliteta zdravstvene nege je razmatran iz različitih perspektiva još od vremena Florens Najtingejl (Florence Nightingale), koja je postavila prvu definiciju zdravstvene nege još 1859. godine u svojoj knjizi „Beleške o zdravstvenoj nezi: šta jeste zdravstvena nega i šta nije“ („Notes on nursing: what it is and what is not“). Florens Najtingejl definiše negu kao „osiguravanje najboljih mogućih uslova, da bi prirodne snage ozdravljenja mogle delovati na bolesnika“. Za nju je zdravstvena nega nega bolesnih i čuvanje zdravlja zdravih ljudi. Negu smatra nezavisnom od medicine i sistematično organizuje potrebnu obrazovnu sestara. Postavila je i brojne principe u vezi sa negom koji se mogu smatrati prvim standardima profesionalne sestrinske prakse. Još u prošlom veku Florens je isticala značajne ličnosti (poštenje, čast, humanost) osobe koja hoće da se bavi negom. Danas, u savremenom sestinstvu ove osobine se takođe smatraju bitnim karakteristikama ličnosti medicinskih sestara kako za obezbeđenje kvaliteta zdravstvene nege, tako i za razvoj sestinstva uopšte.¹

Zdravstvena nega na našim prostorima se oslanja na teoriju američke medicinske

of care quality is number of patients with pressure ulcers and number of patient's falls, whereby emanate necessity to evaluate and provide documentation risk for the development of these undesirable events. Frequency of nosocomial infections, primarily urinary tract infection in catheterized patients, qualification structure of nurses taking direct part in patient's care, in addition to nursing hours per patient and nurse staff satisfaction are important determinants of hospital nursing care in the greater number of countries.

Defining and using nursing-sensitive indicators should be of utmost importance for the managers of the health institutions.

sestre, teoretičara i predavača Virginia Hender-sonovoj (Virginia Henderson). Prema Hendersonovoj, zdravstvena nega je planirana, organizovana, evaluirana i kontrolisana delatnost, a medicinska sestra je na tom položaju stručna i odgovorna.²

Zdravstvena nega kao sveukupna brigada o pacijentu i njegovim zdravstvenim potrebama i kao integralni deo sistema zdravstvene zaštite iziskuje praćenje i kontrolu svih aktivnosti nege i medicinskog zbrinjavanja. Kvalitetna zdravstvena, odnosno sestrinska nega je važna za povoljan ishod zdravstvene zaštite, jer su medicinske sestre profesionalna grupa koja je najbliža pacijentima, pružajući im negu 24 sata na dan, sedam dana u nedelji. Danas je kvalitetna zdravstvena nega pravo svih pacijenata/korisnika i odgovornost svih medicinskih sestara koje je realizuju, a sa stalnim pružanjem i saradnjom, definiše se kao nega koja se pruža u skladu sa ustanovljenim standardima i principima sestrinske profesije.³

Premda svesni značajne uloge medicinskih sestara, procena uticaja sestrinskih intervencija na željeni ishod tretmana i na zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom zaštitom je nedovoljno. Bez tog znanja, sestrinske aktivnosti ne mogu biti planirane i primenjene na najbolje moguće načine.

Kvalitet bolni~ke zdravstvene nege

„Merewe kvaliteta“ i sli~ni termini, kao { to su „obezbe|ewe kvaliteta“, „kontrola kvaliteta“, „standardi“ i „kriterijumi“, vi{ e su od dve decenije deo sestrijskog re~nika i razvijaje se i daqe. Interes za ovu problematiku nije nov, a medicinske sestre ve} godinama ispituju na~ine i sredstva za merewe kvaliteta.^{4,5} Takva nastojawa nikada pre nisu prihva}ena kao preka potreba, kao { to je to danas.

Krajem osamdesetih godina pro{ log veka procena kvaliteta zdravstvene nege bila je glavna tema mnogih objavljenih radova u sestrijskim ~asopisima, ali zbog razli~itog koncepta definisawa termina „kvalitet“, rezultati radova su bili osporavani. Sa stanovi{ ta Seli Redfern (*Redfern S.*), kvalitet u kontekstu zdravstvene nege je vi{ e od zadovoljstva korisnika, budu}i da o~ekivawa korisnika mogu biti mala, a znawe ograni~eno, dok Turner i Pol (*Turner PD., Pol LG.*) smatraju da je standardnu definiciju kvaliteta te{ ko dati, jer „posrednik i potro{ a~“ posmatraju wen ishod iz razli~itih perspektiva.^{4,6} Stoga je bilo potrebno, najpre, definisati { ta se sve pod kvalitetom zdravstvene nege podrazumeva,

U to vreme Donabedian (*Donabedian A.*) u svojim radovima izneo je stav da se kvalitet ne mo` e posmatrati samo kao stru~no dostignu}e zdravstvenih radnika, ve} se posmatra i kao interpersonalni odnos, gde je mi{ cewe korisnika tako|e va`no. Prema pomenutom autoru, kvalitet zdravstvene nege se mo` e posmatrati sa aspekta kvaliteta strukture, kvaliteta procesa i kvaliteta ishoda. Struktura obuhvata osobqe za negu, tehni~ku opremljenost, organizaciju rada, kao i programe rada. U odnosu na osobqe zna~ajan je broj anga`ovanih medicinskih sestara, nivo wihovog znawa, ve{ tina i

spretnosti, kao i stepen formalnog obrazovawa odnosno ste~ene diplome. Proces podrazumeva metodolo{ ki rad stru~no utvr|enih procedura i satisfakciju medicinske sestre radnim mestom, dok ishod zdravstvene nege obuhvata promene u pacijentovom zdravlju, reakcije pacijenta, wegovo zadovoljstvo i nepostojaje sekundarnih komplikacija kao { to je npr. pojava dekubitalnih rana, padovi pacijenata, intravenska infiltracija itd. Kvalitet zdravstvene nege se mo` e oceniti unutar jednog aspekta ili sva tri aspekta istovremeno.^{7,8}

Pojedini autori su isticali va`nost procene stava medicinskih sestara prema kvalitetu i wihovom uticaju na ishod sveukupne nege i le~ewa.^{9,10} Eva I dval (*Idvall E.*) u zakluku kvalitativne studije, koja je sprovedena u ciqu utvr|ivawa zna~ajnih aspekata sestrijske nege koji mogu uticati na kvalitet sveukupne nege na hirur{ kim odcqwima, bazirane na Karperovom modelu (*Carper, 1978*)* potrebnih znawa u sestrijsstvu, navodi dve dimenzije kvaliteta koje su nazvane „preduslovi“ i „elementi performansi“.

Prema mi{ cewu medicinskih sestara, s obzirom da humani resursi i kvalitet idu zajedno, dimenziju „preduslovi“ ~ine:

- osobqe za negu (broj i kvalifikaciona struktura osobqa za negu);
- prostorije na odcqewu i oprema (izgled bolesni~ke sobe, toaleta ili dostupnost odgovaraju}e opreme-*nursing trolley*);
- vo|ewe sestrijske dokumentacije kao deo svakodnevnih prakse;
- kompetencije, tj. znawe i ve{ tine;
- odgovornost;
- na~elni stav sestara i
- timski rad.

„Elementi performansi“ sa stajali{ ta medicinskih sestara su:

- blagovremeno uo~avawe i adekvatan tretman znakova i simptoma (npr. postopera-

* Karperov model potrebnih znawa u sestrijsstvu obuhvata: a) emiriju, nauka zdravstvene nege; b) estetiku, umetnost zdravstvene nege; v) li~no znawe i g) etiku, moralno znawe.

ti vnog bola, muke, groznice, operativne rane ili sr-anog zastoja),

- precizno i pouzdano sprovo|e|e naloga lekara (npr. medikacija, tehnika plasi rava intravenske kanule, odr` avawe centralnog venskog katetera ili razli-iti aspekti pre- i postoperativne nege),
- sprovo|ewe op{ te nege (podr{ ka pacijentima kada postoji deficit u samozbri wavawu u obavqawu aktivnosti svakodnevnog `ivota: kupawe, obla-ewe, ishraia),
- obave{ tavawe i edukacija pacijenta,
- unapre|ewe odnosa tj. pru`awe emocionalne i socijalne podr{ ke pacijentu,
- osigurawe privatnosti pacijenata.¹⁰

I nteresovawe za ispitivawe, odnosno procenu kvaliteta zdravstvene nege naglo je poraslo kada je Ameri-ko udru`ewe medicinskih sestara (*American Nurses' Association - ANA*) 1995. godine dizajniralo *Nursing Quality Report Card* - Izve{ tajni program kvaliteta zdravstvene nege. Svrha izve{ tajnog programa Ameri-kog udru`ewa medicinskih sestara bila je da obuhvati pokazateqe kvaliteta zdravstvene za{ tite koji zavise od pru`ene sestri nske nege. ANA je definisala pokazateqe kako za bolni-ku zdravstvenu negu (*Acute Care Nurse Sensitive Indicators*) tako i za zdravstvenu negu koja se pru`a u zajednici (*Community-Based Non-Acute Care Nurse Sensitive Indicators*). Ovi pokazateqi }e potom postaviti temeqe za procenu izme|u sestri nske nege i kvaliteta zdravstvene za{ tite.¹¹

Definisawe pokazateqa kvaliteta u-inke medicinskih sestara

Sa stajali{ ta Eve I dval naj-e{ }e kori{ }ena definicija pokazateqa kvaliteta u stru-noj literaturi jeste definicija koju je dala Zajedni-ka komisija za akreditaciju zdravstvenih ustanova (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization - JCAHO*)

u Sjedi weni m Ameri-kim Dr` avama. Prema toj komisiji, pokazateqi kvaliteta se ozna-avaju kao kvantitativne mere koje se mogu koristiti kao vodi-i za pra}ewe i evaluaciju kvaliteta nege pacijenta i podr{ ka stru-nim aktivnostima. Kako ova definicija tuma-i pokazateqe kvaliteta na uop{ tena-in, *JSANO* je definisala pokazateqe i na precizniji na-in, koriste}i se potrebnim atributima. U wihovim stru-nim izrazima pokazateqi se defini{ u i kao vaqane i pouzdane kvantitativne mere koje se odnose na jednu ili vi{ e dimenzija performansi/u-inka kao { to su efikasnost i prikladnost i statisti-ke mere koje pru`aju dokaz o stawu ili izvr{ avawu jedne definisane performanse/u-inka tokom odre|enog vremena ili specifi-nog ishoda.^{12,13}

Postoje dve vrste pokazateqa: stra` arni doga|aj (*sentinel event*) i stopa (*rate-based*), koji se mogu odnositi ia strukturu, proces i ishod nege pacijenta.¹³

I zbor pokazateqa je va` an deo procesa osigurawa kvaliteta koji zahteva bri` qi vo razmatrawe. Ne treba gubiti vreme na prikupqawe nepotrebnih podataka, nego sistematskom analizom definisati samo kqu-ne aspekte ili pokazateqe zdravstvene nege. Va` ni aspekti zdravstvene nege se moraju identifikovati pre nego { to se defini{ u pokazateqi i treba ih razmatrati unutar kategorija: (a) *veliki obim* (aspekti nege koji se ~esto primewuju ili uti-u na veliki broj pacijenata); (b) *visoki rizik* (aspekti nege koji za sobom povla-e rizik); (v) *oblast ozbiqnih problema* (aspekti nege koji mogu stvoriti problem i pacijentu i sestri nskom osobqu); (g) *visoka cena* (aspekti nege koji uop{ te imaju visoku cenu). Prema navodima I dval, jo{ su Kec i Grin (*Katz and Green, 1992*) smatrali da su dobro razvijeni pisani standardi kqu- pouzdanih pokazateqa kvaliteta.¹²

Priprema i definisawe pokazateqa u-inka u oblasti zdravstvene nege su slo` ene aktivnosti koje moraju da usaglase stavove medicinskih sestara sa pojedinih odeqewa (ni vo maweg ili ve}eg odeqewa), sa sta-

vovima organizacionih jedinica (bolni~ki nivo) i cele zdravstvene za{tite (nacionalni nivo). Pokazateqi u~inka mogu se definisati i uvoditi od „vrha na dole“ ili „od dole do vrha“.

Od „dole do vrha“ pristup zna~i da pokazateqe odre|uje, prati i procewuje sestri~sko osobeqe na lokalnom nivou, a pristup od „vrha na dole“ zna~i da indikatore odre|uju kqu~ni qudi sa vrha organizacije ili izvan organizacije.^{12,14}

U stru~noj literaturi se mogu na}i razli~iti na~ini za identifikovawe, odnosno selekciju pokazateqa koji se koriste u proceni i unapre|ewu kvaliteta zdravstvene nege. Winifred Majls (*Vinnifed Mills, 1989*) navodi da se iz sestri~ske dijagnoze,* kao segmenta procesa zdravstvene nege, mogu odabrati va`ni pokazateqi kvaliteta. S obzirom da je proces zdravstvene nege osnovni metod rada u sestri~skoj praksi koji ukqu~uje evaluaciju ishoda nege pacijeta, povoaan ishod zavisi od sposobnosti medicinske sestre da precizno utvrdi dijagnozu i iz dijagnoze defini{e odgovaraju}i ciq, tj. ishod nege.¹⁵

Pokazateqna kvaliteta u~inka medicinskih sestara u bolni~kim ustanovama

Mnogi pokazateqi su kori{eni za procenu kvaliteta zdravstvene nege u bolni~kim ustanovama ukqu~uju}i i postoje}i broj medicinskih sestara, sestri~ske kvalifikacije (znawe, ve{tine) i iskustvo, moral (svest o du`nosti), efikasnost upravqawa i ve{tine komunikacije, fizi~ki i finansijski resursi, uspe{nost organizacionih i upravqawkih sistema, efikasnost participacije kolektiva i stepen edukacije sestara.^{4,16}

Drugi svakako zna~ajni pokazateqi kvaliteta zdravstvene nege su oni koje je prepo-

ru~ilo Ameri~ko udru`ewe medicinskih sestara. Ovo udru`ewe je identifikovalo kao pokazateqe kvaliteta za bolni~ku negu sledeqe:

- zadovolqstvo pacijenta pru`enom sestri~skom negom, tretamanom bola i dobijenim informacijama;
- broj pacijenata sa dekubitalnim ranama,
- broj padova pacijenata,
- u~estalost nozokomijalnih infekcija,
- kvalifikaciona struktura sestara koje neposredno u~estvuju u nezi pacijenta;
- ukupne sate sestri~ske nege po pacijentu,
- zadovolqstvo medicinskih sestara radnim mestom.¹¹

Zadovolqstvo pacijenata pru`enom sestri~skom negom kao pokazateqna kvaliteta

U Pravilniku o pokazateqima kvaliteta zdravstvene za{tite, koji je doneo ministar zdravqwa, na osnovu ~lana 203. stav 3. Zakona o zdravstvenoj za{titi („Slu`beni glasnik RS“, broj 107/05), kao definisani pokazateqi kvaliteta koje su zdravstvene ustanove obavezne da prate navedeni su neki od pomenutih pokazateqa.

Zadovolqstvo pacijenata smatra se va`nim elementom kvaliteta zdravstvene nege, ali i celokupne zdravstvene za{tite, koji sadr`i wihova o~ekivawa i wihove pretpostavke o zdravstvenoj slu`bi, a ujedno predstavqa i wihov ishod.⁸ Zadovolqstvo pacijenta se defini{e kao pacijentova subjektivna ocena wegovih kognitivnih i emocionalnih reakcija koje su rezultat interakcije izme|u wegovog o~ekivawa po pitawu idealne sestri~ske nege i wegove percepcije stvarne sestri~ske nege.

Faktori koji uti~u na koncept zadovolqstva pacijenta, gledano iz pacijentove per-

*Sestri~ska dijagnoza je specifi~an zakqu~ak o reagowu pojedinca, porodice ili zajednice na aktuelni ili potencijalni zdravstveni problem koje osobeqe slu`be zdravstvene nege mo`e samostalno da spre~i, ubla`i ili re{i. Sestri~ska dijagnoza treba da bude iskazana u okviru zakonskih kompetencija medicinske sestre.

spektive, jesu od kcu~ne va`nosti. Druge perspektive, poput onih kod zdravstvenih radnika, od mawe su va`nosti. U literaturi se ne mo`e na}i konsenzus po pitawu faktora koji konstitui{ u pacijentovo zadovoljstvo, ali je prihva}ena podela ovih faktora na one koji uti~u na zadovoljstvo pacijenta pre hospitalizacije i na one koji uti~u tokom hospitalizacije.

Pojedine studije su potvrdile zna~ajan uticaj sociodemografskih faktora (pol, godine `ivota, stepen edukacije), dok druge ukazuju na zdravstveno stawe pacijenta, posebno na mentalno zdravqe. Ustanovqena je slaba veza izme|u zadovoljstva pacijenta i wegovog fizi~kog funkci onisawa, a jaka veza izme|u zadovoljstva pacijenta i wegovog mentalnog zdravqa i prisustva bola. Druga zna~ajna determinanta od uticaja na zadovoljstvo pacijenata mo`e biti doba godine kada se ono ispituje. Sezonski faktori mogu ukazati na vrstu patologije u bolnicama ili na zamor zdravstvenih radnika (vreme godi{ wih odmora), { to mo`e uticati na procenu pacijenata.¹⁷

I pak, koncept zadovoljstva pacijenta se koristi kao va`an pokazateq kvaliteta zdravstvene nege i ~esto je ukqu~en kao varijabla od interesa u planirawu, proceni i uiapre|ewu kvaliteta bolni~ke nege. Koncept zadovoljstva pacijenta je bitan i zbog ~iwenice da se pacijent koji je zadovoljan pridr`ava u ve}oj meri tretmana i saveta koje dobija od zdravstvenih radnika. Zadovoljan pacijent tako|e te`i da se ~e{ }e vra}a u istu ustaiovu kada mu je potrebna zdravstvena usluga. [tavi{ e, zadovoljan pacijent je voqan da preporu~i bolnicu koja mu je pru`ila uslugu drugim qudima.

Kao odgovor na zahteve Zajedni~ke komisije za akreditaciju zdravstvenih ustanova za procenu kvaliteta zdravstvene za{ tite prikupqawem podataka o weni m ishodi ma, zadovoljstvo pacijenata postaje jedno od naj~e{ }e merenih pokazateqa, { to potvr|uje sve ve}i broj konstruisani h upitni ka za tu svrhu posledwih godina. Me|utim, nisu svi konstruisani upitnici evaluirani u

odnosu na psihometrijske karakteristike, { to zna~ajno redukuje vrednost dobijenih rezultata, te sve vi{ e autora, posledwih pet godina nastoji da obezbedi validnost instrumenta.¹⁸

Razli~iti zdravstveni radnici imaju razli~it uticaj na pacijentovu percepciju zadovoljstva. Nega koju pru`aju medicinske sestre smatra se jednim od najva`nijih faktora u pacijentovom ocevawu zadovoljstva pru`enim bolni~kim tretmanom. U tom pogledu medicinska sestra je kcu~na osoba u bolnici. Ako ona nije sposobna da ispuni svoju ulogu visok nivo pacijentovog zadovoljstva ne}e biti postignut.¹² Prema postoje}im istra`ivawima, zadovoljstvo pacijenata bolni~kim le~ewem je u visokoj korelaciji sa kvalitetom pru`ene sestri nske nege.^{18,19} Zato je veoma va`no da svi zdravstveni radnici sara|uju na poboq{ awu kvaliteta usluga u saradwi sa primaocima usluga. Ako je pacijent zadovoljan sestri nskom negom koju je dobio, to je pozitivno ne samo za osobu ve} i za sestru i celu zdravstvenu organizaciju. Poznato je da je sestri nska nega veoma va`na, ali je jo{ va`nije kako se ona mo`e poboq{ ati. Fokus sestri nske nege mora biti u faktorima koji uti~u na zadovoljstvo pacijenta.

Ono { to je va`no jeste pacijentova subjektivna percepcija od koje se sastoji wegovo zadovoljstvo. Niko osim pacijenta ne mo`e boqe re}i zdravstvenom radniku { ta je va`no. *Tasso* prema rezultatima sprovedene kvalitativne studije navodi, na primer, da pacijenti ocewuju kvalitet nege na osnovu qubaznosti i po{ tovawa koje su im pru`ile medicinske sestre, wihove spremnosti za komunikaciju, uva`avawa mi{ qewa pacijenta, ali i stru~nih ve{ tina koje poseduju. Me|u druge, svakako zna~ajne karakteristike kvaliteta zdravstvene nege navodi se i blagovremeno zadovoljavawe pacijentovih potreba i nastojawa sestara da ubla`e wihovu patwu. Navedene ~iwenice ukazuju da je holisti~ki pristup u zdravstvenoj nezi zna~ajan faktor u ostvariva-

wu zadovoljstva pacijenata pru`enom sestrijskom negom.^{17,19}

Sprovedene studije potvr|uju stav Avedisa Donabidijena da je su{tinski zna~ajan element kvaliteta zdravstvene za{tite, pa prema tome i zdravstvene nege, interpersonalni odnos pacijenata i medicinskih sestara, a ne samo stru~ne performanse osoba slu`be zdravstvene nege.⁷

Zadovoljstvo pacijenata dobijenim informacijama kao pokazatelj kvaliteta

Korisnicima zdravstvene za{tite va`ne su informacije koje dobijaju od zdravstvenih radnika. Stoga, ne iznena|uje da je nedovoljna komunikacija izme|u zdravstvenih radnika i pacijenata uzrok najve}eg broja `albi korisnika zdravstvene za{tite. Pru`awe informacija pacijentima pre hospitalizacije, tokom boravka u bolnici i neposredno pre otpusta sastavni je deo celokupnog tretmana. Pod pru`enom informacijom podrazumeva se svako usmeno, pisano ili od{tampano obave{tewe pru`eno pacijentu ili ~lanovima wegove porodice u vezi sa wegovim zdravstvenim stanjem ili tretmanom, u vezi sa bolnicom ili re`imom rada na odeljku, u vezi sa dejstvom leka ili u vezi sa wegovim potencijalnim nusefektima pre aplikacije, u vezi sa oporavkom i dr., sve do otpusta pacijenta.²⁰ Premda medicinske sestre iisu jedino odgovorne za ovakvu komunikaciju, ali s obzirom na vreme koje provode uz pacijente, zadovoljstvo pacijenata pru`enim informacijama su i mnoge evropske zemlje prihvatile kao pokazatelj kvaliteta zdravstvene nege. Subjektivni do`ivljaj pacijenata vezan za informacije koje dobijaju jeste najbo}i na~in provere wi hove podobnosti i jasno}e, a najjednostavniji na~in da se to ustanovi jeste pitati pacijenta kakva su wegova iskustva.

Zadovoljstvo pacijenata tretmanom bola kao pokazatelj kvaliteta

Le~ewe bola i osloba|awe patwe zbog bola uvek je bio najhumaniji zadatak lekara svih vremena i danas je glavni zadatak svih profesionalaca u zdravstvenoj za{titi, dakle i medicinskih sestara.

Ameri~ko udru`ewe za bol (*American Pain Society*) uvelo je slogan „bol kao peti vitalni znak“ da bi se usmerila pa`wa svih zdravstvenih profesionalaca na va`nost terapije bola. Iz tih razloga je Severnoameri~ka asocijacija za sestrijske dijagnoze – *North American Nursing Diagnosis Assotiatin – NANDA*) uvrstila akutni i hroni~ni bol u sestrijske dijagnoze.²¹ Ta ~iwenica obavezuje medicinske sestre na sprovo|ewe odre|enih samostalnih i zavisnih intervencija, po nalogu lekara, u tretmanu bola.

Iz definicije bola Margo Makafery (*Margo McCaffery, 1968*)* „Bol je sve {to osoba koja ga do`ivljava ka`e da jeste i postoji kad god ona ka`e da postoji“, mo`e se jasno izvesti zakqu~ak da je pacijent jedina osoba koja ga mo`e proceniti. S obzirom da su medicinske sestre 24 sata uz pacijente, stepen zadovoljstva pacijenta u~em medicinskih sestara u olak{awu bolnih tegoba jeste va`an element procene kvaliteta u~inka medicinskih sestara, ali i kvaliteta celokupnog tretmana.^{11,20}

Rezultati brojnih studija ukazuju da je briga o bolu nedosledna i nedovoljna. Kao potencijalni uzroci navedenog problema navode se deficit znawa, nezadovoljavaju}a procena bola, nedovoljna razmena informacija izme|u lekara i medicinskih sestara, razli~ita stajali{ta, nedostatak sistematskog vo|ewa dokumentacije i drugo.²² Iz tih razloga neophodna je implementacija razli~itih programa unapre|ewa kvaliteta tretmana bola uz intenzivirawe participacije medicinskih sestara u tim programima.

*Margo Mekfery je internacionalni specijalista za zdravstvenu negu korisnika/pacijenata sa bolom. Autor je nekoliko kwiga o problemu bola, ukqu~uju}i i „*Pain Clinmical Manual*“ ed. 2, 1999.

Broj pacijenata sa dekubitalnim ranama kao pokazatelj kvaliteta

S obzirom da medicinske sestre i sestriinske intervencije imaju značajnu ulogu u prevenciji i nadzoru dekubitalnih rana, uspeh ili neuspeh u njihovoj prevenciji ili tretmanu često se uzima u obzir kao pokazatelj kvaliteta sestriinske nege. Ukoliko se u hospitalnim uslovima razvije dekubitus, tada je pacijent izložen riziku za druge neekne ishode, što vodi dužem trajanju hospitalizacije, a posmatrano s ekonomskog aspekta, većoj potrošci resursa, a samim tim i većem trošku. Pojava dekubitusa utiče na fizičko, socijalno, emocionalno i psihičko stanje hospitalizovanih pacijenata. Premda mnogi faktori utiču na razvoj dekubitalnih rana, većina njih se tradicionalno posmatra kao ishod sestriinske nege.

Evidenciju navedenog pokazatelja prema Metodološkom uputstvu za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o obavezanim pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite, koje je u avgustu 2007. godine izdao Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“²³ vodi odeljenje sestara određene organizacione jedinice i evidentira u kvartalu evidencije neeknih događaja. Iz izveštaja se iskazuje pacijenti kojima su na prijemu u zdravstvenu ustanovu dijagnostikovane dekubitalne rane.

Preporuke iz vodiča za predikciju i prevenciju dekubitalnih rana *Guideline: Pressure ulcer in Adults: Prediction and Prevention AHCPR, 1992.* ukazuju utvrdjivom riziku za svakog pacijenta primenom validnih instrumenata/skala. Najopsežnije su Braden i Norton skala. Ove skale omogućuju relativno brzu i jednostavnu identifikaciju pacijenata kod kojih po-

stoji verovatnoća da će nastati dekubitalna rana. Procenu rizika primenom skale utvrđuju i dokumentuju medicinske sestre prilikom prijema pacijenta u zdravstvenu ustanovu, i redovnim vremenskim razmacima je treba ponavljati tokom hospitalizacije. U medicinsku dokumentaciju se evidentira dobijeni broj bodova i na osnovu toga se planiraju sestriinske intervencije. Stoga je važno da se prilikom procene kvaliteta bolničke zdravstvene nege uzme u obzir broj pacijenata sa dekubitalnim ranama u odnosu na broj pacijenata izloženih riziku, a pregledom medicinske dokumentacije se utvrđuje da li se primenjuju standardizovane skale.^{11,20} Primena standardizovanih skala za procenu nastanka dekubitalnih rana nije samo pokazatelj kvaliteta, već je i mera za unapređivanje kvaliteta bolničke zdravstvene nege.

Broj padova pacijenta a kao pokazatelj kvaliteta

Pad pacijenta je neplanirano spustavanje na pod ili neplanirano spustavanje preko odloženja, tj. neupotrebljive stvari ili druge opreme, sa ili bez povrede, koji se događa u odgovarajućoj bolesničkoj jedinici. Svi oblici padova su ukazujući, bilo da su posledica fizioloških uzroka (nesvestica) ili ambijentalnih uzroka (klizav pod), ukazujući i „asistirani pad“.*

U poslednje vreme istraživači ukazuju da osobe bolesničke jedinice, naročito broj visoko obrazovanih medicinskih sestara mogu uticati na incidenciju ovakvih ishoda zdravstvene nege. S obzirom da su medicinske sestre odgovorne za identifikaciju pacijenata sa rizikom za pad i za izradu plana nege kojim će se minimizirati

* „Asistirani pad“ je pad kod kog je neko od osobe, bilo da je medicinska sestra ili ne (ali ne član porodice ili posetioc), sa pacijentom prilikom pada i pokušava da minimizira uinak pada, pridržavajući pacijenta ili na neki drugi način pokušava da spreči pad pacijenta. Pomoć pacijentu da se vrati na stolicu ili postelju posle pada nije „asistirani pad“.

ti taj rizik, broj padova pacijenata je zna~ajan pokazatelj kvaliteta u~inka medicinskih sestara.

Padovi pacijenata koji se doga|aju tokom hospitalizacije za mnoge pacijente mogu rezultirati te{kim, pa ~ak i `ivotno ugro`avaju}im posledicama. Nastojawa da se ovine`eqeni doga|aji smawe ukqu~uju razvojinstrumenata za procenu i identifikaciju rizi~nih pacijenata i uvo|ewe protokola za prevenciju padova. Procenu rizika za pad (skrining) treba izvr{iti prilikom prijema i periodi~no tokom hospitalizacije pacijenta, a u literaturi je dostupno nekoliko instrumenata za procenu rizika (*Hendrich II, Morse, Schmid Scale*).

Prilikom procene kvaliteta u~inka medicinskih sestara u bolni~kim ustanovama zna~ajno je da se uzme u obzir broj padova pacijenata u odnosu na broj pacijenata izlo`enih riziku i pregledati medicinsku dokumentaciju radi utvr|ivawa primene standardizovanih skala.^{11,20,24} Primena standardizovanih skala za procenu rizika od pada nije samo pokazatelj kvaliteta, ve} je i mera za unapre|ewa kvaliteta bolni~ke zdravstvene nege.

U~est alost nozokomijalnih infekcija kao pokazatelj kvaliteta

Od bolni~kih infekcija, stopa infekcija mokra}nog sistema kod pacijenta sa urinarnim kateterom determinisana je kao zna~ajan pokazatelj kvaliteta zdravstvene nege, jer su medicinske sestre odgovorne za odr`avawe katetera nakon uvo|ewa. One su odgovorne, na primer, za odr`avawa drena`nog sistema zatvorenim, primene asepti~ne tehnike prilikom uzimawa uzorka urina, postavljanje urin kese ispod nivoa mokra}ne be{ike u ciqu prevencije refluksa urina u drena`nu cev, redovno pra`ewe urin kese, odr`avawe periuretralnog u{ }a ~istim i suvim i drugo.

Kvalifikaciona struktura i ukupni sati sestri nske nege kao pokazatelj kvaliteta

Kvalifikaciona struktura sestri nskog kadra, tj. odnos broja sestara sa vi{om i visokom stru~nom spremom i ukupnog broja sati sestri nske nege ~esto se ispituje zbog uticaja tog odnosa na kvalitet pru`ene zdravstvene nege.

Ukoliko procentualno broj sati pru`ene nege sestara sa vi{om i visokom stru~nom spremom nije odgovaraju}i, mawe stru~ni kadar obavqa poslove za koji nije {kolovan, te se tako pove}ava rizik za nepovo}an ishod nege. Ispitivawem veze izme|u kvalifikacione strukture, na~ina rada i ishoda zdravstvene nege unutar zdravstvene organizacije mogu se sagledati mogu}nosti za unapre|ewe postupaka nege, postizawe `eqenih ishoda i obezbe|ivawe baze dokaza za determinisawe najefektivnije kvalifikacione strukture.¹⁶

Ukupan broj sati sestri nske nege po bolni~kom danu prikazuje vremensko optere}ewe sestri nskog osobqa, koje mo`e uticati na kvalitet zdravstvene nege. Neadekvatno optere}ewe mo`e imati za posledicu vi{i nivo stresa kod medicinskih sestara, umor, rasejanost, pove}an rizik za gre{ke ili propuste u nezi.^{11,20}

Ispitivawem odnosa izme|u broja sestri nskih sati, procesa i ishoda zdravstvene nege unutar organizacije, mogu se identifikovati mogu}nosti za unapre|ewe postupaka i ishoda nege i obezbediti determinante zasnovane na dokazima za odre|ivawe odgovaraju}eg broja osobqa.

Zadovoljstvo medicinskih sestara radnim mestom kao pokazatelj kvaliteta

Procena zadovoljstva medicinskih sestara radnim mestom u ve}ini zemaqa prihva}ena je kao zna~ajan pokazatelj kvaliteta pru`ene zdravstvene nege jer se reflektuje na satisfakciju pacijenta.

Na zadovoljstvo radnim mestom uti~u dve grupe varijabli: personalne i organizacione. Personalne varijable su godine, izdr~qivost, obrazovawe i iskustvo radnika, odnosno medicinskih sestara, a organizacione su stres, posve}enost poslu, komunikacija sa nadre}enim, autonomija, afirmacija, ustaqena praksa i komunikacija sa saradnicima. Procenu treba vr}iti redovno primenom za tu svrhu konstruisanih upitnika. *The Stamps and Piedmonrte Index of Work Satisfaction (IWS)* je naj~e}e primewivani instrument za procenu zadovoljstva medicinskih sestara radnim mesgom.^{11,25} IWS je konstruisan jo{ 1972. godine, vi}e puta je revidiran i opse}no testiran te je pouzdanost i vaqanost ovog upitnika dokazana.

U Srbiji su do sada sprovedena istra}ivawa o zadovoljstvu zdravstvenih radnika, ali procena zadovoljstva medicinskih sestara radnim mestom kao najbrojnije profesionalne grupe jo{ uvek su nedovoqna.

U zakqu-ku studije koju je sprovedela Linda Ejken (*Linda Aiken*) sa istra}iva~kim timom na uzorku od 43 000 medicinskih sestara iz vi}e od 700 bolnica u SAD, Kanadi i nekim evropskim zemqama, isti~e se da medicinske sestre prijavquju gotovo istovetne nedostatke u wihovom radnom okru}ewu i opadawe kvaliteta pru}ene zdravstvene nege.²⁶

Bolnice u kojima medicinske sestre imaju visok stepen zadovoljstva radnim mestom uglavnom pru}aju vi}i kvalitet i boqe ishode nege. Na primer, u Sjediwenim Ameri~kim Dr`avama stopa mortaliteta u „magnet“ bolnicama je signifikantno ni}a u odnosu na ostale bolnice,

S obzirom na ove dokaze, i pored periodi~ne procene zadovoljstva medicinskih sestara, neophodno je raditi na unapre}ewu uslova rada.

Zakqu-ak

Novije nau~ne studije i izve}taji medija, na`alost, u zna~ajnoj meri su orijentisani na ~iwenicu da se u zdravstvenom sistemu de}avaju propusti u kvalitetu koji rezultiraju smawewem bezbednosti pacijenata i nepovoqnim ishodom le~ewa i zdravstvene nege.

S obzirom da u zdravstvenom sektoru svih zemaqa, pa i u Republici Srbiji, medicinske sestre predstavquju ve}inu zaposlenih i pru}aju korisnicima zdravstvene za}tite preko 60 odsto svih zdravstvenih usluga, potrebno je ve}u pa`wu usmeriti na merewe i izve}tavawe o kvalitetu u~inka medicinskih sestara.

Definisawe i kori}ewe pokazateqa u~inka medicinskih sestara treba smatrati zna~ajnim u oblasti usluga zdravstvene za}tite, ne samo zato {to su oni neophodni za merewe i ocewivawe kvaliteta pru}ene zdravstvene nege, ve}i zbog toga {to se pomo}u wih uspostavquju jasni ciqevi u pogledu unapre}ewa kvaliteta pru}ene zdravstvene nege, ali i celokupnog tretmana pacijenta. Iz tog razloga, defini sawe i kori}ewe pokazateqa u~inka medicinskih sestara treba da bude najvi}i prioritet za rukovodioce u zdravstvenim ustanovama.

Lit erat ura

- 1.. Nighligale F. Notes on nursing: what it is and what is not, Dostupno na URL: w\vw.books.gooalecom. Pristupa--no 4. decembra 2007.
2. Henderson V. Osnovna na~ela zdravstvene nege. Hrvatska udruga za sestri nsku edukaciju, 1994.
3. Grujic C, O'Sullivan D, Wehrmacher W, Organizational control of hospital infrasruclure determines the qualily of nursing care.American College of Utilizaaiion Revievv Physicians 1989; 4(1): 19-24.
4. Redfern SJ, Norman IJ. Measuring the quality of nursing care: a consideration of di}ferent approaches. Journal of Advanced Nursing 1990; 15: 1260-1271.
5. Loan LA, Jennings BM, Brosch LR. DePaul D, Hildreth P. Indicators of Nursing Care Quality: Findings From a Pilol Study. Outcomes Management 2003; 7(2): 51-58.

6. Turner P. D., Pol LG.: Beyond patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing* 1995;15(3): 18-25.
7. Donabedian A.: The Quality of Care, How Can It Be Assessed?, *JAMA* 1998; 260:1743-1748.
8. Kamberovi } B., Jovanovi } R., Matinov-Cvejin M., Rodlova~ki V.: Kvalitet u zdravstvenoj za{ titi. *Zdravstvena za{ tita* 2000; 4: 45-52.
9. Lundqvist JM., Axelsson A. Nurses' perception of quality assurance. *Journal of Nursing;Management* 2007;15: 51-58.
10. Idvall E., Rooke L. Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses., *Journal of Clinical Nursing* 1998; 7:512-520.
11. Gallagher R.M, Rowell P.A. Claiming the future of nursing through nursing-sensitive quality indicators. *Nurs Admin Q* 2003; 27(4):273-284.
12. Idvall E, Rooke L, Hamrin E. Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced nursing* 1997; 25: 6-17.
13. Cuci } V. i saradnici. *Terminolo{ ki re~nik kvaliteta u zdravstvenoj za{ titi*, Medicinski fakultet Beograd, 1999.
14. Bull N.: *Upravljanje kvalitetom nege u zdravstvu. Evropa Jugospekt Beograd, 1996.*
15. Mills W.C. Unit-based outcomes developed through nursing diagnoses, *J Nurs Qual Assur* 1989; 4(1):10-17
16. Curne V, Harvy G, West E, McKenna H, Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(1):73-82.
17. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study.. *Scand J Caring Sci* 2002; 16:337-344.
18. Laschinger H.S, Linda McGillis, Hall L.M, Pedersen C, Almost J.A. Psychometric Analysis of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality, Questionnaire An Actionable Approach to Measuring Patient Satisfaction. *J Nurs Care Qual* 2005; 20(3):220-230.
19. Tasso K. et al. Assessing patient satisfaction and quality of care through observation and interview. *Hospital Topics: Research and Perspectives on healthcare*, 2002; 80(3):4-10.
20. NHS Scotland. The impact of nursing on patient clinical outcomes-developing quality indicators to improve care, 2005; www.nhshealthquality.org.
21. Ackly B, Lachvig G. *Nursing diagnosis handbook, A guide to planning care..* Mosby, Elsevier, Seventh Edition, 2006.
22. Gordon D.B, Pellino T, Miaskowski C, Adams J, Paice J, Laferriere D et al. A 10-Year view of Quality Improvement Monitoring in Pain Management: Recommendations for Standardized Outcome Measures. *Pain Management Nursing*, 2002, 3(4): 116-130.
23. Institut za javno zdravqe Srbije „Dr Milan Jovanovi } Batut“. *Metodolo{ ko uputstvo za postupak izve{ tavawa zdravstvenih ustanova o obavezni m pokazateljima zdravstvene za{ tite*. Beograd, 2007.
24. Lancaster A.D. et al. Preventing falls and eliminating injury at ascension health. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007, 33(7):367-375.
25. Best M.F, Thurston N.E. Measuring nurse job satisfaction. *Journal of nursing administration*, 2004; 34(6):283-290.
26. Aiken L.H, Clarke S.P, Sloane D.M, Sochalski J. A. *An International Perspective on Hospital Nurses' Work Environments: The Case for Reform-*, 2001, Policy, Politics & Nursing Practise, 2(4):255-263.