



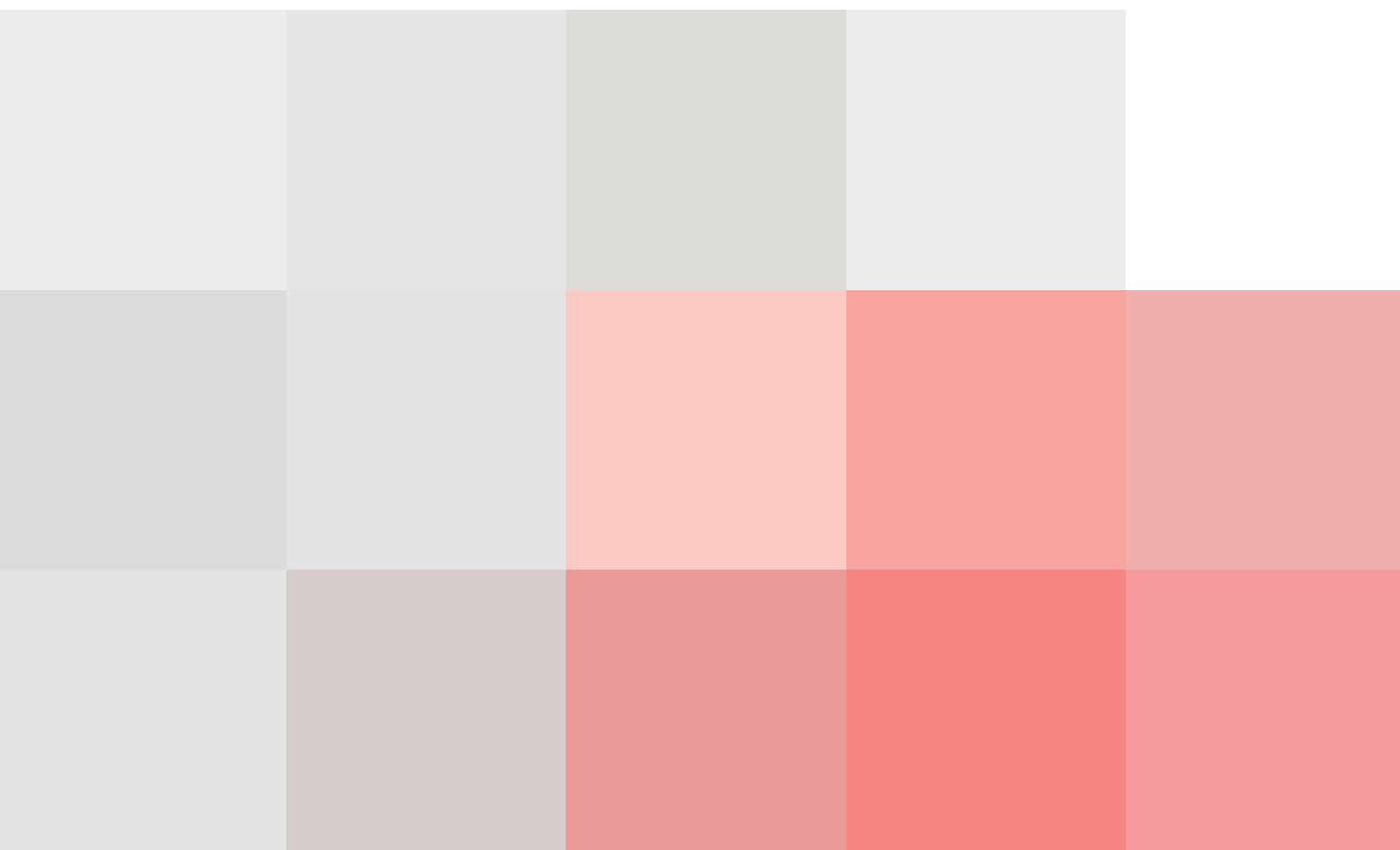
Agencija za kvalitetu i  
akreditaciju u zdravstvu  
i socijalnoj skrbi

SUSTAV ZA  
PRIKUPLJANJE  
PODATAKA



## Izvješće

O RADU POVJERENSTVA ZA KVALITETU  
ZDRAVSTVENE USTANOVE ZA 2015.





AGENCIJA ZA KVALITETU I AKREDITACIJU U ZDRAVSTVU I SOCIJALNOJ SKRBI

# IZVJEŠĆE O RADU POVJERENSTVA ZA KVALITETU ZDRAVSTVENE USTANOVE ZA 2015.

Jasna Mesarić, Marina Mandelsamen Perica, Carmen Hadžić Kostrenčić

Zagreb, lipanj 2016.

NAKLADNIK            Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi  
Planinska 13, 10000 Zagreb, [www.aaz.hr](http://www.aaz.hr)

ZA NAKLADNIKA      Nina Bončić Mijatović, dipl. iur., v.d. ravnateljja

UREDNIKE            izv. prof. dr. sc. Jasna Mesarić, dr. med.  
dr. sc. Marina Mandelsamen Perica, mag. educ. bio.  
Carmen Hadžić Kostrenčić, mag. pharm.

DIZAJN I PRIJELOM   Dora Bilandžić, Branimir Lazanja  
Najlon d.o.o.

GODINA POSTAVLJANJA PUBLIKACIJE NA MREŽU 2016.

# SADRŽAJ

Predgovor	7
Rezultati izvješća	11
Izvješće za bolničke zdravstvene ustanove	11
Izvješće za lječilišta	22
Izvješće za zavode za javno zdravstvo	28
Izvješće za zavode za hitnu medicinu	35
Prilog 1.	43
Obrasci o radu Povjerenstva za kvalitetu zdravstvenih ustanova	



# Predgovor

Temeljem Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi ('Narodne novine' broj 124/11) zdravstvene ustanove obvezne su osnovati Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene ustanove. Nadležnost Povjerenstva i obavljanje poslova utvrđeno je navedenim Zakonom i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti ('Narodne novine' broj 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14). Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene ustanove obvezno je Agenciji polugodišnje podnositi izvješće o svom radu i provođenju aktivnosti.

Zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici koji obavljaju zdravstvenu djelatnost i imaju više od 40 zaposlenih radnika obvezni su ustrojiti posebnu jedinicu za osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, a ako imaju manje od 40 zaposlenih obvezni su odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite.

Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene ('Narodne novine' 79/11) utvrđuje ukupno 9 skupina standarda kvalitete zdravstvene zaštite i način njihove primjene (tablica 1).

Tablica 1. Obvezni standardi kvalitete zdravstvene zaštite

NAZIV SKUPINE STANDARDA	OZNAKA
Neprekidno poboljšanje kvalitete kliničkih i nekliničkih postupaka	SK-1
Sigurnost pacijenta i osoblja	SK-2
Medicinska dokumentacija	SK-3
Prava i iskustva pacijenta	SK-4
Kontrola infekcija	SK-5
Smrtni slučajevi i obdukcija	SK-6
Praćenje nuspojava i štetnih događaja vezanih uz medicinske proizvode	SK-7
Unutarnja ocjena	SK-8
Nadzor sustava i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite	SK-9

## METODOLOGIJA – OBUHVAT PODATAKA

Agencija je putem Službe za kvalitetu i edukaciju prikupila podatke za Izvješća o radu Povjerenstva za kvalitetu zdravstvenih ustanova za izvještajna razdoblja siječanj-lipanj (P1) i srpanj-prosinac (P2) za 2015. godinu, putem on-line obrasca u Sustavu za praćenje pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite Agencije.

Poziv za dostavljanje Izvješća o radu Povjerenstva za kvalitetu Agencija je poslala svim bolničkim zdravstvenim ustanovama (BZU), lječilištima, zavodima za javno zdravstvo (ZZJZ) i zavodima za hitnu medicinu (ZZHM).

Rok za dostavljanje Izvješća za prvo izvještajno razdoblje bio je 30.10.2015., a za drugo izvještajno razdoblje 31.1.2016. Zdravstvenim ustanovama koje nisu dostavile svoja izvješća u navedenom roku Agencija je poslala podsjetnik (podsjetnik 1, dana 23.2.2016. i podsjetnik 2, dana 17.3.2016.).

**Ovo godišnje izvješće o radu Povjerenstva za kvalitetu zdravstvenih ustanova za 2015. godinu sadrži rezultate analize podataka (izvješća) kako su ih zdravstvene ustanove dostavile Agenciji do 30. travnja 2016., bez intervencije u sadržaj podataka.**

**Izvješće predstavlja podlogu za procjenu stanja uspostavljenosti i daljnjeg unapređenja u uspostavljanju obveznih standarda kvalitete u zdravstvenim ustanovama.**

## STATUS ZDRAVSTVENIH USTANOVA S OBZIROM NA DOSTAVLJENA IZVJEŠĆA

Za svaku zdravstvenu ustanovu prikazan je status dostavljenog izvješća.

Zdravstvene ustanove koje su dostavile cjelovito izvješće, što podrazumijeva izvješće za oba polugodišnja izvještajna razdoblja, siječanj – lipanj (P1) i srpanj – prosinac (P2) (status A) ili izvješće samo za jedno izvještajno razdoblje (status B, status C) uključene su u analizu.

Zdravstvene ustanove koje nisu dostavile izvješće niti za jedno izvještajno razdoblje nisu uključene u analizu (status O).



## ZAKLJUČNA NAPOMENA

Broj dostavljenih izvješća o radu Povjerenstva za kvalitetu bolničke zdravstvene ustanove za 2015. godinu se znatno povećao (81% 2015. vs 50% 2014.), a posebice je veći broj izvješća za oba izvještajna razdoblja (47 za 2015. vs 13 za 2014.).

Broj dostavljenih izvješća o radu Povjerenstva za kvalitetu Zavoda za javno zdravstvo za 2015. godinu je 63% vs 68% 2014.; veći broj izvješća za oba izvještajna razdoblja za 2015. (13 za 2015. vs 4 za 2014.)

Broj dostavljenih izvješća o radu Povjerenstva za kvalitetu Zavoda za hitnu medicinu za 2015. godinu je 59% vs 54% za 2014.; veći broj izvješća za oba izvještajna razdoblja za 2015. (10 za 2015. vs 0 za 2014.).

Dio zdravstvenih ustanova nije dostavio izvješća niti za jedno izvještajno razdoblje (12/62 BZU; 8/22 ZZJZ; 9/22 ZZHM; 3/5 lječilišta).



# Rezultati izvješća

Rezultati prikazuju što su zdravstvene ustanove izjavile na postavljena pitanja u on-line obrascu Izvješća (Prilog 1. Obrazci o radu Povjerenstva za kvalitetu).

## REZULTATI ZA BOLNIČKE ZDRAVSTVENE USTANOVE

Od 62 bolničke zdravstvene ustanove (BZU) njih 50 (81%) je dostavilo izvješće za barem jedno izvještajno razdoblje u 2015. godini. U analizu su uključene BZU sa statusom A, B i C (tablica 1.)

Bolničke zdravstvene ustanove koje nisu dostavile Izvješće za niti jedno izvještajno razdoblje, 12/62 (19%) BZU, su sljedeće: Klinički bolnički centar Osijek; Klinika za psihijatriju Vrapče; Klinika za kardiovaskularne bolesti medicinskog fakulteta u Osijeku – Magdalena; Opća bolnica 'Dr. Ivo Pedišić' Sisak; Opća bolnica 'Dr. Josip Benčević' Slavonski Brod; Opća bolnica Gospić; Opća bolnica Varaždin; Opća bolnica Zabok; Specijalna bolnica za ortopediju i opću kirurgiju dr. Nemeč; Psihijatrijska bolnica 'Sveti Ivan'; Psihijatrijska bolnica Rab; Psihijatrijska bolnica Ugljan.

Tablica 2. Prikaz dostavljenih Izvješća o radu Povjerenstva za kvalitetu bolničke zdravstvene ustanove

BOLNIČKA ZDRAVSTVENA USTANOVA (BZU)		STATUS
1	Klinički bolnički centar Rijeka	A
2	Klinički bolnički centar "Sestre milosrdnice"	A
3	Klinički bolnički centar Split	A
4	Klinički bolnički centar Zagreb	A
5	Klinička bolnica Dubrava	A
6	Klinička bolnica Merkur	A
7	Klinička bolnica „Sveti Duh“	A
8	Klinika za dječje bolesti Zagreb	A
9	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević"	A
10	Klinika za ortopediju Lovran	A
11	Opća bolnica Bjelovar	A
12	Opća bolnica Dubrovnik	A

Nastavak s predhodne stranice.

13	Opća bolnica Karlovac	A
14	Opća bolnica "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica	A
15	Opća bolnica "Hrvatski ponos" Knin	A
16	Opća bolnica Našice	A
17	Opća bolnica i bolnica branitelja Domovinskog rata Ogulin	A
18	Opća bolnica Pula	A
19	Opća bolnica Šibensko-kninske županije	A
20	Opća bolnica Virovitica	A
21	Opća bolnica Zadar	A
22	Opća županijska bolnica Požega	A
23	Opća županijska bolnica Vukovar i bolnica hrvatskih veterana	A
24	Županijska bolnica Čakovec	A
25	Dječja bolnica Srebrnjak	A
26	Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra	A
27	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju "Biokovka"	A
28	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Daruvarske toplice	A
29	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju "Kalos"	A
30	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske toplice	A
31	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik	A
32	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju "Naftalan"	A
33	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Stubičke toplice	A
34	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske toplice	A
35	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Thalassotherapia Crikvenica	A
36	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassotherapia Opatija	A
37	Specijalna bolnica za oftamologiju "Svjetlost"	A
38	Specijalna bolnica za ortopediju Biograd na moru	A
39	Bolnica za ortopediju i rehabilitaciju prim. dr. Martin Horvat	A
40	Specijalna bolnica za ortopediju, kirurgiju, neurologiju i fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Sv. Katarina“	A

Nastavak s predhodne stranice.

41	Specijalna bolnica za plućne bolesti	A
42	Specijalna bolnica Podobnik za ginekologiju i porodništvo	A
43	Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa	A
44	Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama	A
45	Neuropsihijatrijska bolnica "Dr. Ivan Barbot" Popovača	A
46	Psihijatrijska bolnica Lopača	A
47	Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež	A
48	Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb "Sveti Rafael" Strmac	B
49	Opća županijska bolnica Vinkovci	C
50	Specijalna bolnica za ortopediju i traumatologiju lokomotornog sustava Akromion	C
51	Klinički bolnički centar Osijek	O
52	Klinika za psihijatriju Vrapče	O
53	Klinika za kardiovaskularne bolesti medicinskog fakulteta u Osijeku „ Magdalena“	O
54	Opća bolnica "Dr. Ivo Pedišić" Sisak	O
55	Opća bolnica "Dr. Josip Benčević" Slavonski Brod	O
56	Opća bolnica Gospić	O
57	Opća bolnica Varaždin	O
58	Opća bolnica Zabok	O
59	Specijalna bolnica za ortopediju i opću kirurgiju Nemeč	O
60	Psihijatrijska bolnica Rab	O
61	Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“	O
62	Psihijatrijska bolnica Ugljan	O

#### LEGENDA

A = dostavljeno cjelovito izvješće za oba izvještajna razdoblja

B = dostavljeno izvješće za prvo izvještajno razdoblje

C = dostavljeno izvješće za drugo izvještajno razdoblje

O = izvješće nije dostavljeno za niti jedno izvještajno razdoblje

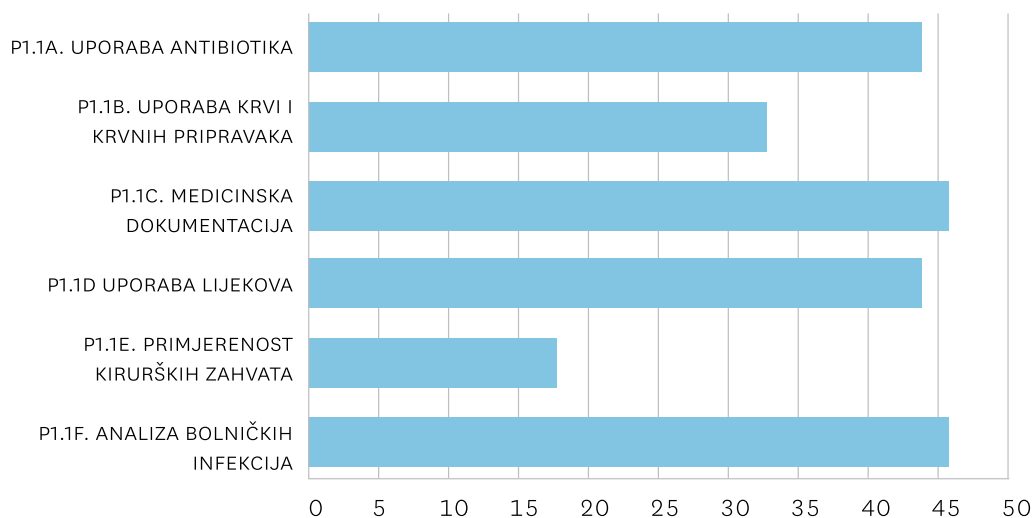
# NEPREKIDNO POBOLJŠANJE KVALITETE KLINIČKIH I NEKLINIČKIH POSTUPAKA (SK-1)

## Zahtjevi standarda SK-1/1.1

1.1 Bolnička zdravstvena ustanova (BZU) mora najmanje provoditi sljedeće sustavne preglede:

Klinički (sustavan) pregled jest sustavna, kritička analiza kvalitete skrbi koja uključuje dijagnostičke i terapijske postupke, uporabu resursa i ishod za pacijente na osnovi prethodno utvrđenih standarda, i koja se odnosi na definiranu skupinu pacijenata.

- sustavan pregled uporabe antibiotika
- sustavan pregled uporabe krvi i krvnih pripravaka
- sustavan pregled medicinske dokumentacije
- sustavan pregled uporabe lijekova
- kirurški (sustavan) pregled – sustavan pregled primjerenosti kirurških zahvata uključujući korelaciju predkirurške i poslijekirurške dijagnoze s nalazima patologa
- sustavnu analizu bolničkih infekcija



Slika 1. Prikaz broja BZU koje provode sustavne preglede

Slika 1. prikazuje zadovoljavanje zahtjeva standarda 1.1. Oznake P1.1A – P1.1F označavaju pitanja iz Upitnika (OBRAZAC OB\_IORP\_BZU\_LJEČILIŠTE).

Od ukupno 50 BZU koje su dostavile Izvešće sustavan pregled uporabe antibiotika provodi 44 BZU; kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije 46 BZU; pregled uporabe lijekova 44 BZU; sustavnu analizu bolničkih infekcija 46 BZU.

Sustavan pregled uporabe krvi i krvnih pripravaka provodi 33 od 33 BZU koje primjenjuju transfuzijsko liječenje. Sustavan pregled primjerenosti kirurških zahvata (korelaciju predkirurške i poslije kirurške dijagnoze s nalazima patologa) provodi 18 od 28 BZU kojima je ovaj sustavni pregled primjenjiv.

## Zahtjevi standarda SK–1/1.2

1.2. Bolničke zdravstvene ustanove moraju pratiti njima primjenjive pokazatelje kliničke učinkovitosti i dostupnosti (PKUD):

- PKUD #1 Vrijeme čekanja na totalnu endoprotezu kuka
- PKUD #2 Vrijeme čekanja na ekstrakapsularnu ekstrakciju leće
- PKUD #3 Vrijeme čekanja na postupak magnetske rezonancije
- PKUD #4 Vrijeme čekanja na kemoterapiju
- PKUD #5 Vrijeme čekanja na radioterapiju
- PKUD #6 Vrijeme provedeno u hitnom bolničkom prijemu
- PKUD #7 Trajanje hospitalizacije za akutni pankreatitis
- PKUD #8 Trajanje hospitalizacije za laparoskopsku kolecistektomiju
- PKUD #9 Trajanje hospitalizacije za carski rez
- PKUD #10 Trajanje hospitalizacije za akutni infarkt miokarda
- PKUD #11 Trajanje hospitalizacije za moždani udar
- PKUD #12 Trajanje hospitalizacije za ugradnju endoproteze kuka
- PKUD #13 Neplanirani ponovni prijem u bolničku zdravstvenu ustanovu unutar 30 dana
- PKUD #14 Neplanirana reoperacija ili neplanirani povratak u operacijsku dvoranu
- PKUD #15 Iskorištenost operacijskih sala
- PKUD #16 Postotak operativnih zahvata izvedenih uz primjenu sigurnosne liste provjere
- PKUD #17 Učestalost carskog reza
- PKUD #18 Preživljenje presatka kod transplantacije bubrega
- PKUD #19 Preživljenje pacijenta nakon transplantacije bubrega
- PKUD #20 Ubodni incidenti
- PKUD #21 Postotak otpuštenih pacijenata uz otpusno pismo

Rezultati SK–1/1.2 su prikazani u tablici 3.

Tablica 3. Primjenjivost i praćenje pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti u bolničkim zdravstvenim ustanovama

NAZIV POKAZATELJA KLINIČKE UČINKOVITOSTI I DOSTUPNOSTI	OZNAKA POKAZATELJA	BROJ BZU KOJIMA JE POKAZATELJ PRIMJENJIV*	BROJ BZU KOJE PRATE POKAZATELJ
Vrijeme čekanja na totalnu endoprotezu kuka	PKUD #1	26	19
Vrijeme čekanja na ekstrakapsularnu ekstrakciju leće	PKUD #2	18	17
Vrijeme čekanja na postupak magnetske rezonancije	PKUD #3	16	12
Vrijeme čekanja na kemoterapiju	PKUD #4	18	10
Vrijeme čekanja na radioterapiju	PKUD #5	4	3
Vrijeme provedeno u hitnom bolničkom prijemu	PKUD #6	26	9
Trajanje hospitalizacije za akutni pankreatitis	PKUD #7	23	20
Trajanje hospitalizacije za laparoskopsku kolecistektomiju	PKUD #8	23	19
Trajanje hospitalizacije za carski rez	PKUD #9	22	20
Trajanje hospitalizacije za akutni infarkt miokarda	PKUD #10	25	20
Trajanje hospitalizacije za moždani udar	PKUD #11	21	18
Trajanje hospitalizacije za ugradnju endoproteze kuka	PKUD #12	26	19
Neplanirani ponovni prijem u bolničku zdravstvenu ustanovu unutar 30 dana	PKUD #13	50	21
Neplanirana reoperacija ili neplanirani povratak u operacijsku dvoranu	PKUD #14	30	16
Iskorištenost operacijskih sala	PKUD #15	30	19
Postotak operativnih zahvata izvedenih uz primjenu sigurnosne liste provjere	PKUD #16	30	15
Učestalost carskog reza	PKUD #17	22	20
Preživljenje presatka kod transplantacije bubrega	PKUD #18	3	3
Preživljenje pacijenta nakon transplantacije bubrega	PKUD #19	3	3
Ubodni incidenti	PKUD #20	50	45
Postotak otpuštenih pacijenata uz otpusno pismo	PKUD #21	50	43

\* primjenjivost pokazatelja iskazana je za 50 BZU koje su dostavile Izvješća za 2015.



## SIGURNOST PACIJENATA I OSOBLJA (SK-2)

### Zahtjev standarda SK-2/2.1

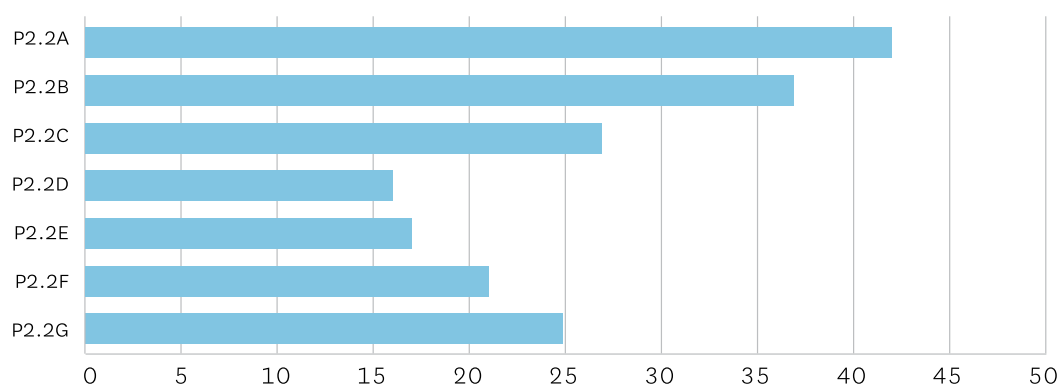
2.1. Bolnička zdravstvena ustanova mora imati dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja.

**Rezultat:** Dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja ima 42/50 BZU.

### Zahtjevi standarda SK-2/2.2

2.2. Dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja mora sadržavati sljedeće elemente:

- a) otkrivanje i prijavljivanje
- b) preventivne i popravne radnje
- c) definirani postupak za smanjenje rizika
- d) primjena akcijskih planova
- e) neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji
- f) procjena sigurnosti pacijenata i osoblja koju provodi ravnatelj, odnosno odgovorna osoba
- g) politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima.



Slika 2. Elementi dokumentiranog sustava sigurnosti pacijenata i osoblja u BZU

Slika 2. prikazuje zadovoljavanje zahtjeva standarda 2.2. Oznake P2.2A – P2.2G označavaju pitanja iz Upitnika (OBRAZAC OB\_IORP\_BZU\_LJEČILIŠTE).

**Rezultat:**

- Otkrivanje i prijavljivanje prati 42/50 BZU, odnosno sve BZU koje imaju dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja.
- Preventivne i popravne radnje provodi 37/50 BZU.
- Definirani postupak za smanjenje rizika ima uspostavljeno 27/50 BZU.
- Akcijski planovi primjenjuju se u 16/50 BZU.
- Neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji provodi se u 17/50 BZU.
- Procjena sigurnosti pacijenata i osoblja provodi se u 21/50 BZU.
- Politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima postoji u 25/50 BZU.

### Zahtjev standarda SK–2/2.3

- 2.3. Povjerenstvo za kvalitetu bolničke zdravstvene ustanove mora voditi registar o neželjenim ishodima liječenja.

**Rezultat:** Registar o neželjenim ishodima liječenja vodi 36/50 BZU.

### Zahtjev standarda SK–2/2.4

- 2.4. Odjel ili služba gdje se dogodio neočekivani neželjeni događaj mora analizirati moguće uzroke nastalog događaja.

**Rezultat:** Moguće uzroke nastalog događaja analizira 38/50 BZU.

## MEDICINSKA DOKUMENTACIJA (SK–3)

### Zahtjev standarda SK–3/3.1

- 3.1. Povjerenstvo za kvalitetu bolničke zdravstvene ustanove mora provoditi kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije.

**Rezultat:** Kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije provodi 46/50 BZU.

## PRAVA I ISKUSTVA PACIJENATA, ZADOVOLJSTVO OSOBLJA (SK-4)

### Zahtjev standarda SK-4/4.1

- 4.1. Bolnička zdravstvena ustanova mora redovito provoditi Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata.

**Rezultat:** Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata provodi 38/50 BZU.

### Zahtjev standarda SK-4/4.2

- 4.2. Bolnička zdravstvena ustanova mora jednom godišnje provesti Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije.

**Rezultat:** Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije provodi 19/50 BZU.

## SMRTNI SLUČAJEVI I OBDUKCIJA (SK-6)

### Zahtjev standarda SK-6/6.1

- 6.1. Bolnička zdravstvena ustanova mora voditi registar o umrlim pacijentima.

**Rezultat:** Registar o umrlim pacijentima vodi 46/50 BZU.

## PRAĆENJE NUSPOJAVA LIJEKOVA I ŠTETNIH DOGAĐAJA VEZANIH UZ MEDICINSKE PROIZVODE (SK-7)

### Zahtjev standarda SK-7/7.1

- 7.1. Zdravstveni radnik koji dolazi u doticaj s lijekom ili korisnikom lijeka mora izvjestiti o nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu lijeka Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED).

**Rezultat:** O nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu lijeka Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) izvješćuje 43/50 BZU.

## UNUTARNJA OCJENA (SK–8)

### Zahtjev standarda SK–8/8.1

- 8.1. Bolnička zdravstvena ustanova mora provoditi unutarnju ocjenu sustava kvalitete.

**Rezultat:** Unutarnju ocjenu sustava kvalitete provodi 25/50 BZU.

## NADZOR SUSTAVA OSIGURANJA I UNAPREĐENJA KVALITETE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (SK–9)

### Zahtjev standarda SK–9/9.1

- 9.1. Bolničke zdravstvene ustanove s više od 40 zaposlenih radnika moraju ustrojiti posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite.

**Rezultat:** Posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite ima ustrojeno 41/50 BZU (svih 50 bolničkih zdravstvenih ustanova koje su dostavile izvješće imaju više od 40 zaposlenika).

Bolničke zdravstvene ustanove koje nemaju ustrojenu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite su sljedeće: Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra; Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik; Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Thalassotherapia Crikvenica; Specijalna bolnica za ortopediju, kirurgiju, neurologiju i fizikalnu medicinu i rehabilitaciju 'Sv. Katarina'; Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama; Specijalna bolnica za oftamologiju 'Svjetlost'; Psihijatrijska bolnica Lopača; Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež; Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb 'Sveti Rafael' Strmac.

## Zahtjev standarda SK–9/9.2

- 9.2. Bolničke zdravstvene ustanove s više od 40 zaposlenih radnika moraju osnovati Povjerenstvo za kvalitetu, a bolničke zdravstvene ustanove s manje od 40 zaposlenih moraju odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite.

**Rezultat:** Osnovano Povjerenstvo za kvalitetu ima 48/50 BZU.

Povjerenstvo za kvalitetu nemaju osnovano Klinika za ortopediju Lovran i Specijalna bolnica za oftamologiju 'Svjetlost'.

## Zahtjev standarda SK–9/9.3

- 9.3. Povjerenstvo za kvalitetu i osoba odgovorna za osiguranje kvalitete zdravstvene zaštite mora svakih šest mjeseci dostaviti izvješće o provedbi aktivnosti utvrđenih planom i programom mjera za unapređenje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite Agenciji.

**Rezultat:** Izvješće o radu Povjerenstva za kvalitetu dostavilo je 50/62 (81%) BZU.

## PITANJA VEZANA UZ OSTALE AKTIVNOSTI POVJERENSTVA ZA KVALITETU

Pitanje 1. Provodite li u vašoj ustanovi edukaciju iz kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite?

**Rezultat:** Različite oblike edukaciju iz područja kvalitete zdravstvene zaštite provodi 26/50 BZU.

Pitanje 2. Provodite li u vašoj ustanovi aktivnosti vezane uz pripreme za akreditacijski postupak?

**Rezultat:** Aktivnosti vezane za pripreme za akreditacijski postupak provodi 31/50 BZU.

## REZULTATI ZA LJEČILIŠTA

Od 5 lječilišta, dva su dostavila cjelovito Izvješće za oba izvještajna razdoblja 2015. te su uključena u analizu (tablica 3.)

Lječilišta koja nisu dostavila Izvješće za niti jedno izvještajno razdoblje su sljedeća: Lječilište Veli Lošinj; Lječilište Istarske toplice; Lječilište za rehabilitaciju i fizikalnu terapiju Dujmović.

Tablica 3. Prikaz dostavljenih Izvješća o radu Povjerenstva za kvalitetu lječilišta

LJEČILIŠTA		STATUS
1	Lječilište Bizovačke toplice	A
2	Lječilište Topusko	A
3	Lječilište Veli Lošinj	O
4	Lječilište Istarske toplice	O
5	Lječilište za rehabilitaciju i fizikalnu terapiju Dujmović	O

### LEGENDA

A = dostavljeno cjelovito izvješće za oba izvještajna razdoblja

B = dostavljeno izvješće za prvo izvještajno razdoblje

C = dostavljeno izvješće za drugo izvještajno razdoblje

O = izvješće nije dostavljeno za niti jedno izvještajno razdoblje

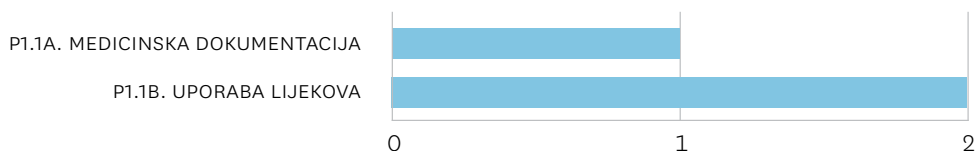
## NEPREKIDNO POBOLJŠANJE KVALITETE KLINIČKIH I NEKLINIČKIH POSTUPAKA (SK-1)

### Zahtjevi standarda SK-1/1.1.

1.1 Lječilište mora najmanje provoditi sljedeće sustavne preglede:

Klinički (sustavan) pregled jest sustavna, kritička analiza kvalitete skrbi koja uključuje dijagnostičke i terapijske postupke, uporabu resursa i ishod za pacijente na osnovi prethodno utvrđenih standarda, i koja se odnosi na definiranu skupinu pacijenata.

- a) sustavan pregled medicinske dokumentacije
- b) sustavan pregled uporabe lijekova



Slika 3. Prikaz broja lječilišta koja provode sistavne preglede

Slika 3. prikazuje zadovoljavanje zahtjeva standarda 1.1. Oznake P1.1A – P1.1B označavaju pitanja iz Upitnika (OBRAZAC OB\_IORP\_BZU\_LJEČILIŠTE).

**Rezultat:** Sustavan pregled uporabe antibiotika provodi 1/2 lječilišta, a sustavan pregled uporabe lijekova 2/2 lječilišta.

## Zahtjevi standarda SK–1/1.2.

1.2. Lječilišta moraju pratiti njima primjenjive pokazatelje kliničke učinkovitosti i dostupnosti (PKUD):

PKUD #20 Ubodni incidenti

PKUD #21 Postotak otpuštenih pacijenata uz otpusno pismo

Rezultati zahtjeva SK–1/1.2 su prikazani u tablici 4.

Tablica 4. Primjenjivost i praćenje pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti u lječilištima

NAZIV POKAZATELJA KLINIČKE UČINKOVITOSTI I DOSTUPNOSTI	OZNAKA POKAZATELJA	BROJ LJEČILIŠTA KOJIMA JE POKAZATELJ PRIMJENJIV*	BROJ LJEČILIŠTA KOJI PRATE POKAZATELJ
Ubodni incidenti	PKUD #20	2	2
Postotak otpuštenih pacijenata uz otpusno pismo	PKUD #21	2	2

\* primjenjivost pokazatelja iskazana je za dva lječilišta koja su dostavila Izvješće za 2015.

## SIGURNOST PACIJENATA I OSOBLJA (SK-2)

### Zahtjevi standarda SK-2/2.1

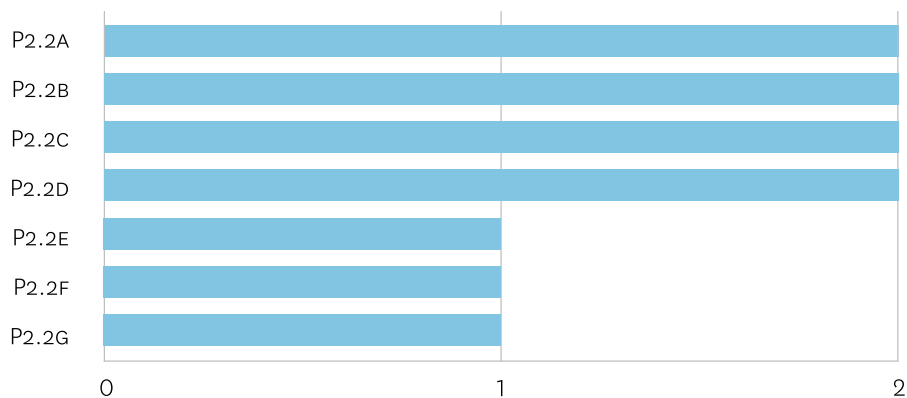
2.1. Lječilište mora imati dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja.

**Rezultat:** Dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja imaju 2/2 lječilišta koja su dostavila izvješća.

### Zahtjevi standarda SK-2/2.2

2.2. Dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja mora sadržavati sljedeće elemente:

- a) otkrivanje i prijavljivanje
- b) preventivne i popravne radnje
- c) definirani postupak za smanjenje rizika
- d) primjena akcijskih planova
- e) neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji
- f) procjena sigurnosti pacijenata i osoblja koju provodi ravnatelj, odnosno odgovorna osoba
- g) politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima.



Slika 4. Elementi dokumentiranog sustava sigurnosti pacijenata i osoblja u lječilištima

Slika 3. prikazuje zadovoljavanje zahtjeva standarda 2.2. Oznake P2.2A – P2.2G označavaju pitanja iz Upitnika (OBRAZAC OB\_IORP\_BZU\_LJEČILIŠTE).



**Rezultat:**

- Otkrivanje i prijavljivanje prate oba lječilišta.
- Preventivne i popravne radnje provode oba lječilišta.
- Definirani postupak za smanjenje rizika ima uspostavljeno oba lječilišta.
- Akcijski planovi primjenjuju se u oba lječilišta.
- Neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji provodi se u jednom lječilištu.
- Procjena sigurnosti pacijenata i osoblja provodi se u jednom lječilištu.
- Politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima postoji u jednom lječilištu.

### Zahtjev standarda SK–2/2.3

- 2.3. Povjerenstvo za kvalitetu lječilišta mora voditi registar o neželjenim ishodima liječenja.

**Rezultat:** Registar o neželjenim ishodima liječenja vode 2/2 lječilišta.

## MEDICINSKA DOKUMENTACIJA (SK–3)

### Zahtjev standarda SK–3/3.1

- 3.1. Povjerenstvo za kvalitetu lječilišta mora provoditi kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije.

**Rezultat:** Kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije provode 2/2 lječilišta.

## PRAVA I ISKUSTVA PACIJENATA, ZADOVOLJSTVO OSOBLJA (SK–4)

### Zahtjev standarda SK–4/4.1

- 4.1. Lječilište mora redovito provoditi Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata.

**Rezultat:** Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata provodi jedno lječilište.

## Zahtjev standarda SK-4/4.2

- 4.2. Lječilište mora jednom godišnje provesti Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije.

**Rezultat:** Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije provodi 1/2 lječilišta.

## SMRTNI SLUČAJEVI I OBDUKCIJA (SK-6)

### Zahtjev standarda SK-6/6.1

- 6.1. Lječilište mora voditi registar o umrlim pacijentima.

**Rezultat:** Registar o umrlim pacijentima vode 2/2 lječilišta.

## PRAĆENJE NUSPOJAVA LIJEKOVA I ŠTETNIH DOGAĐAJA VEZANIH UZ MEDICINSKE PROIZVODE (SK-7)

### Zahtjev standarda SK-7/7.1

- 7.1. Zdravstveni radnik koji dolazi u doticaj s lijekom ili korisnikom lijeka mora izvjestiti o nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu lijeka Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED).

**Rezultat:** O nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu lijeka Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) izvješćuju 2/2 lječilišta.

## UNUTARNJA OCJENA (SK-8)

### Zahtjev standarda SK-8/8.1

- 8.1. Lječilište mora provoditi unutarnju ocjenu sustava kvalitete.

**Rezultat:** Unutarnju ocjenu sustava kvalitete provodi 1/2 lječilišta.

## NADZOR SUSTAVA OSIGURANJA I UNAPREĐENJA KVALITETE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (SK-9)

### Zahtjev standarda SK-9/9.1

- 9.1. Lječilišta s više od 40 zaposlenih radnika moraju ustrojiti posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite.

**Rezultat:** 2/2 lječilišta koja su dostavili Izvješće imaju više od 40 zaposlenih radnika i imaju ustrojenu posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite.

### Zahtjev standarda SK-9/9.2

- 9.2. Lječilišta s više od 40 zaposlenih radnika moraju osnovati povjerenstvo za kvalitetu, a lječilišta s manje od 40 zaposlenih moraju odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite.

**Rezultat:** Povjerenstvo za kvalitetu imaju 2/2 lječilišta.

### Zahtjev standarda SK-9/9.3

- 9.3. Povjerenstvo za kvalitetu i osoba odgovorna za osiguranje kvalitete zdravstvene zaštite mora svakih šest mjeseci dostaviti izvješće o provedbi aktivnosti utvrđenih planom i programom mjera za unapređenje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite Agenciji.

**Rezultat:** 2/5 lječilišta su dostavila Izvješće o radu Povjerenstva za kvalitetu.

## PITANJA VEZANA UZ OSTALE AKTIVNOSTI POVJERENSTVA ZA KVALITETU

Pitanje 1. Provodite li u vašoj ustanovi edukaciju iz kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite?

**Rezultat:** Različite oblike edukaciju iz područja kvalitete zdravstvene zaštite provode 2/2 lječilišta.

## REZULTATI ZA ZAVODE ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Od 22 zavoda za javno zdravstvo (ZZJZ), 14 (64%) ih je dostavilo Izvješće za bar jedno izvještajno razdoblje. U analizu su uključeni ZZJZ sa statusom A i C (tablica 5.)

Zavodi za javno zdravstvo koji nisu dostavili Izvješće za niti jedno izvještajno razdoblje su sljedeći: Zavod za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije; Nastavni zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba Dr. Andrija Štampar; Zavod za javno zdravstvo Istarske županije; Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije; Zavod za javno zdravstvo Šibensko-kninske županije; Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije; Zavod za javno zdravstvo 'Sveti Rok' Virovitičko-podravske županije; Zavod za javno zdravstvo Vukovarsko-srijemske županije.

Tablica 5. Prikaz dostavljenih Izvješća o radu Povjerenstva za kvalitetu zavoda za javno zdravstvo

ZDRAVSTVENI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO (ZZJZ)		STATUS
1	Hrvatski zavod za javno zdravstvo	A
2	Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije	A
3	Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije	A
4	Zavod za javno zdravstvo Brodsko-posavske županije	A
5	Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije	A
6	Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije	A
7	Zavod za javno zdravstvo Koprivničko-križevačke županije	A
8	Zavod za javno zdravstvo Krapinsko-zagorske županije	A
9	Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije	A
10	Zavod za javno zdravstvo Požeško-slavonske županije	A
11	Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije	A
12	Zavod za javno zdravstvo Zadar	A
13	Zavod za javno zdravstvo Zagrebačke županije	A
14	Zavod za javno zdravstvo Ličko-senjske županije	C
15	Zavod za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije	O
16	Nastavni zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba „Dr. Andrija Štampar“	O
17	Zavod za javno zdravstvo Istarske županije	O
18	Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije	O
19	Zavod za javno zdravstvo Šibensko-kninske županije	O

20	Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije	O
21	Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije	O
22	Zavod za javno zdravstvo Vukovarsko-srijemske županije	O

#### LEGENDA

A = dostavljeno cjelovito izvješće za oba izvještajna razdoblja

B = dostavljeno izvješće za prvo izvještajno razdoblje

C = dostavljeno izvješće za drugo izvještajno razdoblje

O = izvješće nije dostavljeno za niti jedno izvještajno razdoblje

## NEPREKIDNO POBOLJŠANJE KVALITETE KLINIČKIH I NEKLINIČKIH POSTUPAKA (SK-1)

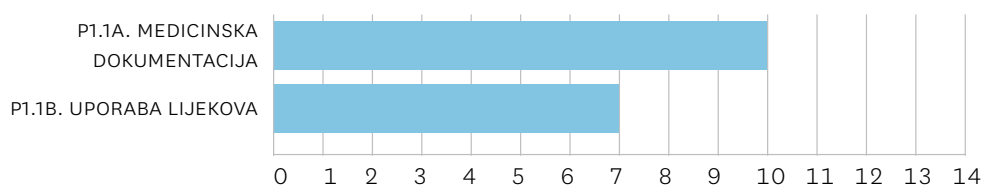
### Zahtjevi standarda SK-1/1.1

1.1 Zavodi za javno zdravstvo moraju najmanje provoditi sljedeće sustavne preglede:

Klinički (sustavan) pregled jest sustavna, kritička analiza kvalitete skrbi koja uključuje dijagnostičke i terapijske postupke, uporabu resursa i ishod za pacijente na osnovi prethodno utvrđenih standarda, i koja se odnosi na definiranu skupinu pacijenata.

a) sustavan pregled medicinske dokumentacije

b) sustavan pregled uporabe lijekova



Slika 5. Prikaz broja ZZJZ koje provode sustavne preglede

Slika 5. prikazuje zadovoljavanje zahtjeva standarda 1.1. Oznake P1.1A – P1.1B označavaju pitanja iz Upitnika (OBRAZAC OB\_IORP\_ZJZ)..

**Rezultat:** Kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije provodi 10/14 ZZJZ, a sustavni pregled uporabe lijekova 7/14 ZZJZ.

## Zahtjevi standarda SK-1/1.2

1.2. Zavodi za javno zdravstvo moraju pratiti pokazatelje kliničke učinkovitosti i dostupnosti (PKUD):

PKUD #1 Ubodni incidenti

PKUD #2 Rano otkrivanje raka dojke

PKUD #3 Rano otkrivanje raka debelog crijeva

PKUD #4 Stopa prekida trudnoća kod maloljetnica

PKUD #5 Stopa maloljetnika u registru ovisnika

PKUD #6 Postotak sistematskih pregleda

PKUD #7 Procjepljenost djece

Rezultati zahtjeva standarda SK-1/1.1 su prikazani u tablici 6.

Tablica 6. Primjenjivost i praćenje pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti u ZZJZ

NAZIV POKAZATELJA KLINIČKE UČINKOVITOSTI I DOSTUPNOSTI	OZNAKA POKAZATELJA	BROJ ZZJZ KOJIMA JE POKAZATELJ PRIMJENJIV*	BROJ ZZJZ KOJI PRATE POKAZATELJ
Ubodni incidenti	PKUD #1	14	12
Rano otkrivanje raka dojke	PKUD #2	14	11
Rano otkrivanje raka debelog crijeva	PKUD #3	14	12
Stopa prekida trudnoća kod maloljetnica**	PKUD #4	14	2
Stopa maloljetnika u registru ovisnika**	PKUD #5	14	7
Postotak sistematskih pregleda**	PKUD #6	14	10
Procjepljenost djece**	PKUD #7	14	12

\* primjenjivost pokazatelja iskazana je za 14 ZZJZ koji su dostavili Izvješće

\*\* Pokazatelje mora pratiti liječnik/ca specijalist školske medicine (Pravilnik NN 79/11)

## SIGURNOST PACIJENATA I OSOBLJA (SK-2)

### Zahtjev standarda SK-2/2.1

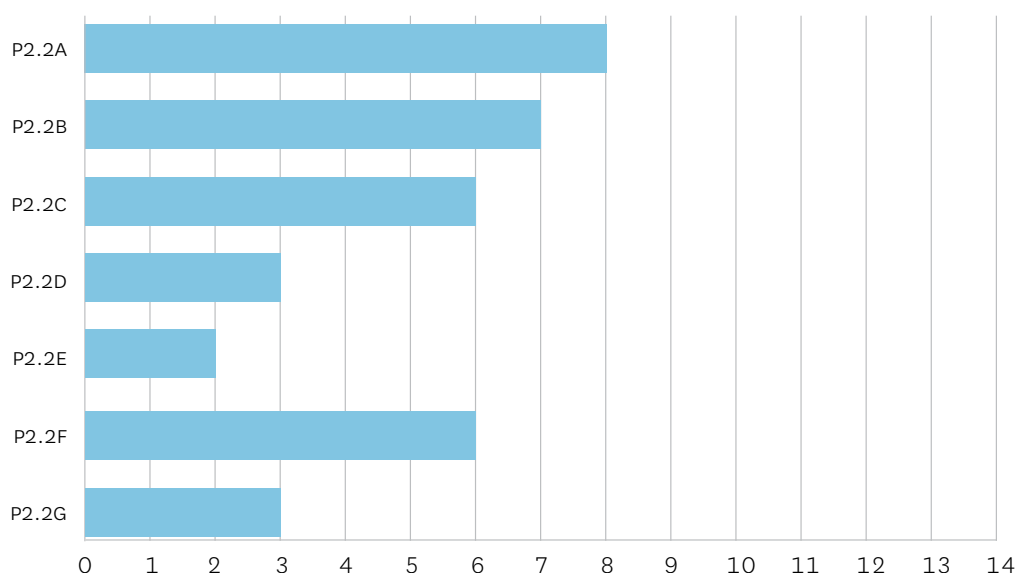
- 2.1. Zavod za javno zdravstvo mora imati dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja.

**Rezultat:** Dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja ima 8/14 ZZJZ.

### Zahtjevi standarda SK-2/2.2

- 2.2. Dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja mora sadržavati sljedeće elemente:

- a) otkrivanje i prijavljivanje
- b) preventivne i popravne radnje
- c) definirani postupak za smanjenje rizika
- d) primjena akcijskih planova
- e) neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji
- f) procjena sigurnosti pacijenata i osoblja koju provodi ravnatelj, odnosno odgovorna osoba
- g) politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima.



Slika 6. Elementi dokumentiranog sustava sigurnosti pacijenata i osoblja u zavodima za javno zdravstvo

Slika 6. prikazuje zadovoljavanje zahtjeva standarda 2.2. Oznake P2.2A – P2.2G označavaju pitanja iz Upitnika (OBRAZAC OB\_IORP\_ZJZ).

**Rezultat:**

- Otkrivanje i prijavljivanje prati 8/14 ZZJZ.
- Preventivne i popravne radnje provodi 7/14 ZZJZ.
- Definirani postupak za smanjenje rizika ima uspostavljeno 6/14 ZZJZ.
- Akcijski planovi primjenjuju se u 3/14 ZZJZ.
- Neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji provodi se u 2/14 ZZJZ.
- Procjena sigurnosti pacijenata i osoblja provodi se u 6/14 ZZJZ.
- Politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima postoji u 3/14 ZZJZ.

### Zahtjevi standarda SK–2/2.3

- 2.3. Povjerenstvo za kvalitetu zavoda za javno zdravstvo mora voditi registar o neželjenim ishodima liječenja.

**Rezultat:** Registar o neželjenim ishodima liječenja vode 2/14 ZZJZ.

## MEDICINSKA DOKUMENTACIJA (SK–3)

### Zahtjev standarda SK–3/3.1

- 3.1. Povjerenstvo za kvalitetu zavoda za javno zdravstvo mora provoditi kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije.

**Rezultat:** Kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije provodi 10/14 ZZJZ.

## PRAVA I ISKUSTVA PACIJENATA, ZADOVOLJSTVO OSOBLJA (SK–4)

### Zahtjev standarda SK–4/4.1

- 4.1. Zavod za javno zdravstvo mora redovito provoditi Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata.

**Rezultat:** Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata provode 4/14 ZZJZ.



## Zahtjev standarda SK-4/4.2

- 4.2. Zavod za javno zdravstvo mora jednom godišnje provesti Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije.

**Rezultat:** Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije provode 5/14 ZZJZ.

## PRAĆENJE NUSPOJAVA LIJEKOVA I ŠTETNIH DOGAĐAJA VEZANIH UZ MEDICINSKE PROIZVODE (SK-7)

### Zahtjev standarda SK-7/7.1

- 7.1. Zdravstveni radnik koji dolazi u doticaj s lijekom ili korisnikom lijeka mora izvijestiti o nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu lijeka Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED).

**Rezultat:** O nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu lijeka Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) izvješćuje 12/14 ZZJZ.

## UNUTARNJA OCJENA (SK-8)

### Zahtjev standarda SK-8/8.1

- 8.1. Zavod za javno zdravstvo mora provoditi unutarnju ocjenu sustava kvalitete.

**Rezultat:** Unutarnju ocjenu sustava kvalitete provodi 9/14 ZZJZ.

## NADZOR SUSTAVA OSIGURANJA I UNAPREĐENJA KVALITETE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (SK-9)

### Zahtjev standarda SK-9/9.1

- 9.1. Zavod za javno zdravstvo s više od 40 zaposlenih radnika moraju ustrojiti posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite.

**Rezultat:** Od 14 ZZJZ koji su dostavili Izvješće 12 ZZJZ ima više od 40 zaposlenih radnika.

Ustrojenu posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite ima 9/12 ZZJZ. Ustrojenu jedinicu nemaju Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije, Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije i Zavod za javno zdravstvo Zadar.

### Zahtjev standarda SK–9/9.2

9.2. Zavod za javno zdravstvo s više od 40 zaposlenih radnika mora osnovati povjerenstvo za kvalitetu, a zavod za javno zdravstvo s manje od 40 zaposlenih mora odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite.

**Rezultat:** Od 14 ZZJZ koji su dostavili Izvješće, 12 ZZJZ ima više od 40 zaposlenih radnika, a 2 ZZJZ ima manje od 40 zaposlenika. Povjerenstvo za kvalitetu ima 14/14 ZZJZ.

### Zahtjev standarda SK–9/9.3

9.3. Povjerenstvo za kvalitetu i osoba odgovorna za osiguranje kvalitete zdravstvene zaštite mora svakih šest mjeseci dostaviti izvješće o provedbi aktivnosti utvrđenih planom i programom mjera za unapređenje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite Agenciji.

**Rezultat:** Izvješće o radu Povjerenstva za kvalitetu je dostavilo 14/22 ZZJZ.

## PITANJA VEZANA UZ OSTALE AKTIVNOSTI POVJERENSTVA ZA KVALITETU

Pitanje 1. Provodite li u vašoj ustanovi edukaciju iz kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite?

**Rezultat:** Različite oblike edukaciju iz područja kvalitete zdravstvene zaštite provodi 6/14 ZZJZ.

## REZULTATI ZA ZAVODE ZA HITNU MEDICINU

Od 21 županijskog zavoda za hitnu medicinu (ZZHM), 13 (62%) je dostavilo Izvješće za bar jedno izvještajno razdoblje. U analizu su uključeni ZZHM sa statusom A, B i C, ukupno 13 ZZHM (tablica 7.).

Zavodi za hitnu medicinu koji nisu dostavili Izvješće za niti jedno izvještajno razdoblje su sljedeći: Zavod za hitnu medicinu Dubrovačko-neretvanske županije; Zavod za hitnu medicinu Karlovačke županije; Zavod za hitnu medicinu Karlovačke županije; Zavod za hitnu medicinu Ličko-senjske županije; Zavod za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije; Zavod za hitnu medicinu Sisačko-moslavačke županije; Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije; Zavod za hitnu medicinu Vukovarsko-srijemske županije; Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije.

Tablica 7. Prikaz dostavljenih Izvješća o radu Povjerenstva za kvalitetu zavoda za hitnu medicinu

ZDRAVSTVENI ZAVOD ZA HITNU MEDICINU (ZZHM)		STATUS
1	Hrvatski zavod za hitnu medicinu	NP
2	Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba	A
3	Zavod za hitnu medicinu Dubrovačko-neretvanske županije	A
4	Zavod za hitnu medicinu Istarske županije	A
5	Zavod za hitnu medicinu Koprivničko-križevačke županije	A
6	Zavod za hitnu medicinu Krapinsko-zagorske županije	A
7	Zavod za hitnu medicinu Međimurske županije	A
8	Zavod za hitnu medicinu Požeško-slavonske županije	A
9	Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije	A
10	Zavod za hitnu medicinu Šibensko-kninske županije	A
11	Zavod za hitnu medicinu Virovitičko-podravke županije	A
12	Zavod za hitnu medicinu Bjelovarsko-bilogorske županije	B
13	Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije	C
14	Zavod za hitnu medicinu Zagrebačke županije	C
15	Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije	O
16	Zavod za hitnu medicinu Karlovačke županije	O
17	Zavod za hitnu medicinu Ličko-senjske županije	O

18	Zavod za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije	O
19	Zavod za hitnu medicinu Sisačko-moslavačke županije	O
20	Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije	O
21	Zavod za hitnu medicinu Vukovarsko-srijemske županije	O
22	Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije	O

#### LEGENDA

NP = nije primjenjivo

A = dostavljeno cjelovito izvješće za oba izvještajna razdoblja

B = dostavljeno izvješće za prvo izvještajno razdoblje

C = dostavljeno izvješće za drugo izvještajno razdoblje

O = izvješće nije dostavljeno za niti jedno izvještajno razdoblje

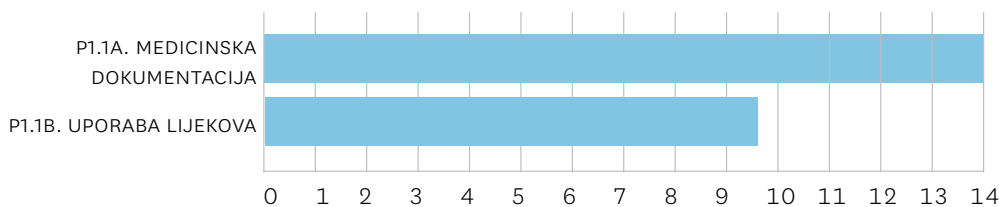
## NEPREKIDNO POBOLJŠANJE KVALITETE KLINIČKIH I NEKLINIČKIH POSTUPAKA (SK-1)

### Zahtjevi standarda SK-1/1.1

1.1. Zavodi za hitnu medicinu moraju najmanje provoditi sljedeće sustavne preglede:

Klinički (sustavan) pregled jest sustavna, kritička analiza kvalitete skrbi koja uključuje dijagnostičke i terapijske postupke, uporabu resursa i ishod za pacijente na osnovi prethodno utvrđenih standarda, i koja se odnosi na definiranu skupinu pacijenata.

- sustavan pregled medicinske dokumentacije
- sustavan pregled uporabe lijekova



Slika 7. Prikaz broja ZZHM koje provode sustavne preglede

Slika 7. prikazuje zadovoljavanje zahtjeva standarda 1.1. Oznake P1.1A – P1.1B označavaju pitanja iz Upitnika (OBRAZAC OB\_IORP\_ZHM).

**Rezultat:** Od 13 ZZHM koji su dostavili Izvješće sustavan pregled kvalitete medicinske dokumentacije provodi 13/13 ZZHM; sustavni pregled uporabe lijekova provodi 9/13 ZZHM.

## Zahtjevi standarda SK-1/1.2

1.2. Zavodi za hitnu medicinu moraju pratiti pokazatelje kliničke učinkovitosti i dostupnosti (PKUD):

PKUD #1 Udio preživjelih pacijenata do prijma u bolničku zdravstvenu ustanovu kod politrauma i zastoja srca

PKUD #2 Vrijeme proteklo od zaprimanja poziva prijavno-dojavne jedinice do stizanja tima na intervenciju

PKUD #3 Vrijeme proteklo od zaprimanja poziva prijavno-dojavne jedinice do stizanja u bolnički prijam

Tablica 7. Primjenjivost i praćenje pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti u ZZHM

NAZIV POKAZATELJA KLINIČKE UČINKOVITOSTI I DOSTUPNOSTI	OZNAKA POKAZATELJA	BROJ ZZHM KOJIMA JE POKAZATELJ PRIMJENJIV*	BROJ ZZHM KOJI PRATE POKAZATELJ
Udio preživjelih pacijenata do prijma u bolničku zdravstvenu ustanovu kod politrauma i zastoja srca	PKUD #1	13	10
Vrijeme proteklo od zaprimanja poziva prijavno-dojavne jedinice do stizanja tima na intervenciju	PKUD #2	13	11
Vrijeme proteklo od zaprimanja poziva prijavno-dojavne jedinice do stizanja u bolnički prijam	PKUD #3	13	12

\* primjenjivost pokazatelja iskazana je za 13 ZZHM koji su dostavili Izvješća za 2015.

## SIGURNOST PACIJENATA I OSOBLJA (SK-2)

### Zahtjev standarda SK-2/2.1

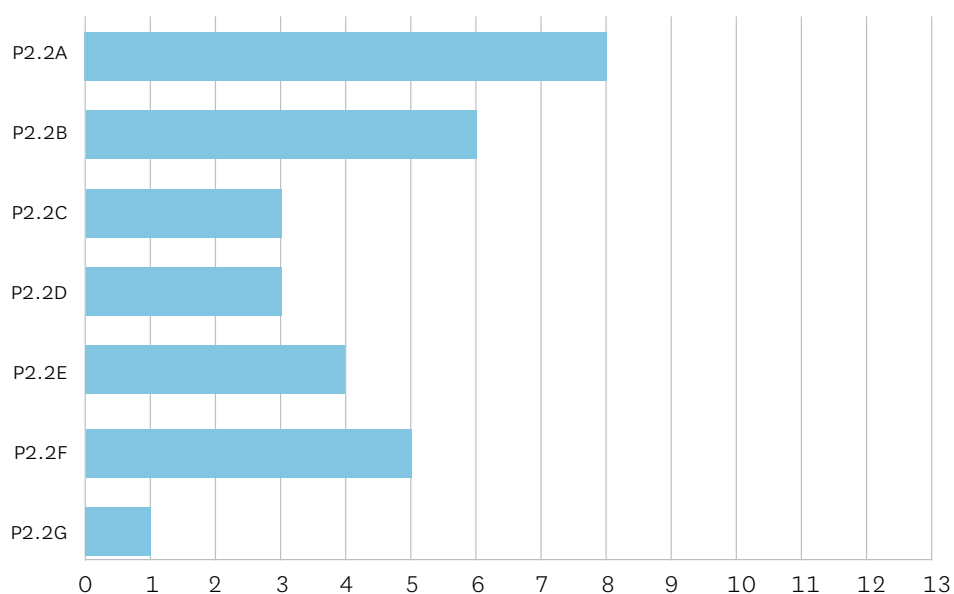
- 2.1. Zavod za hitnu medicinu mora imati dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja.

**Rezultat:** Dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja ima 9/13 ZZHM.

### Zahtjevi standarda SK-2/2.2

- 2.2. Dokumentiran sustav sigurnosti pacijenata i osoblja mora sadržavati sljedeće elemente:

- a) otkrivanje i prijavljivanje
- b) preventivne i popravne radnje
- c) definirani postupak za smanjenje rizika
- d) primjena akcijskih planova
- e) neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji
- f) procjena sigurnosti pacijenata i osoblja koju provodi ravnatelj, odnosno odgovorna osoba
- g) politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima.



Slika 7. Elementi dokumentiranog sustava sigurnosti pacijenata i osoblja u zavodima za hitnu medicinu

Slika 7. prikazuje zadovoljavanje zahtjeva standarda 2.2. Oznake P2.2A – P2.2G označavaju pitanja iz Upitnika (OBRAZAC OB\_IORP\_ZHM).

**Rezultat:**

- Otkrivanje i prijavljivanje prati 8/13 ZZHM.
- Preventivne i popravne radnje provodi 6/13 ZZHM.
- Definirani postupak za smanjenje rizika ima uspostavljeno 3/13 ZZHM.
- Akcijski planovi primjenjuju se u 3/13 ZZHM.
- Neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji provodi se u 4/13 ZZHM.
- Procjena sigurnosti pacijenata i osoblja provodi se u 5/13 ZZHM.
- Politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima provodi se u 1/13 ZZHM.

### Zahtjev standarda SK–2/2.3

2.3. Povjerenstvo za kvalitetu zavoda za hitnu medicinu mora voditi registar o neželjenim ishodima liječenja.

**Rezultat:** Registar o neželjenim ishodima liječenja vodi 5/13 ZZHM.

## MEDICINSKA DOKUMENTACIJA (SK–3)

### Zahtjev standarda SK–3/3.1

3.1. Povjerenstvo za kvalitetu zavoda za hitnu medicinu mora provoditi kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije.

**Rezultat:** Kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije provodi svih 13/13 ZZHM.

## PRAVA I ISKUSTVA PACIJENATA, ZADOVOLJSTVO OSOBLJA (SK–4)

### Zahtjev standarda SK–4/4.1

4.1. Zavod za hitnu medicinu mora redovito provoditi Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata.

**Rezultat:** Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata provodi 2/13 ZZHM.

## Zahtjev standarda SK-4/4.2

- 4.2. Zavod za hitnu medicinu mora jednom godišnje provesti Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije.

**Rezultat:** Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije provode 2/13 ZZHM.

## SMRTNI SLUČAJEVI I OBDUKCIJA (SK-6)

### Zahtjev standarda SK-6/6.1

- 6.1. Zavod za hitnu medicinu mora voditi registar o umrlim pacijentima.

**Rezultat:** Registar o umrlim pacijentima vodi 9/13 ZZHM.

## PRAĆENJE NUSPOJAVA LIJEKOVA I ŠTETNIH DOGAĐAJA VEZANIH UZ MEDICINSKE PROIZVODE (SK-7)

### Zahtjev standarda SK-7/7.1

- 7.1. Zdravstveni radnik koji dolazi u doticaj s lijekom ili korisnikom lijeka mora izvijestiti o nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu lijeka Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED).

**Rezultat:** O nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu lijeka Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) izvješćuje 6/13 ZZHM.

## UNUTARNJA OCJENA (SK-8)

### Zahtjev standarda SK-8/8.1

- 8.1. Zavod za hitnu medicinu mora provoditi unutarnju ocjenu sustava kvalitete.

**Rezultat:** Unutarnju ocjenu sustava kvalitete provodi 10/13 ZZHM.



## NADZOR SUSTAVA OSIGURANJA I UNAPREĐENJA KVALITETE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (SK-9)

### Zahtjev standarda SK-9/9.1

- 9.1. Zavod za hitnu medicinu s više od 40 zaposlenih radnika mora ustrojiti posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite.

**Rezultat:** Od 13 ZZHM koji su dostavili izvješće 13 ZZHM ima više od 40 zaposlenih radnika. Posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite ima ustrojeno 4/13 ZZHM. Ustrojenu jedinicu nemaju: ZZHM Bjelovarsko-bilogorske županije; ZZHM Brodsko-posavske županije; Nastavni ZZHM medicinu Grada Zagreba; ZZHM Istarske županije; ZZHM Koprivničko-križevačke županije; ZZHM Međimurske županije; ZZHM Primorsko-goranske županije; ZZHM Splitsko-dalmatinske županije; ZZHM Virovitičko-podravske županije.

### Zahtjev standarda SK-9/9.2

- 9.2. Zavod za hitnu medicinu s više od 40 zaposlenih radnika mora osnovati povjerenstvo za kvalitetu, a zavod za hitnu medicinu s manje od 40 zaposlenih mora odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite.

**Rezultat:** Povjerenstvo za kvalitetu ima osnovano 13/13 ZZHM.

### ZAHTJEV STANDARDA SK-9/9.3

- 9.3. Povjerenstvo za kvalitetu i osoba odgovorna za osiguranje kvalitete zdravstvene zaštite mora svakih šest mjeseci dostaviti izvješće o provedbi aktivnosti utvrđenih planom i programom mjera za unapređenje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite Agenciji.

**Rezultat:** Izvješće o radu Povjerenstva za kvalitetu je dostavilo 13/21 ZZHM.

## PITANJA VEZANA UZ OSTALE AKTIVNOSTI POVJERENSTVA ZA KVALITETU

Pitanje 1. Provodite li u vašoj ustanovi edukaciju iz kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite?

**Rezultat:** Različite oblike edukaciju iz područja kvalitete zdravstvene zaštite provodi 5/13 ZZHM.

# Prilog 1. Obrasci o radu Povjerenstva za kvalitetu

## **IZVJEŠĆE O RADU POVJERENSTVA ZA KVALITETU ILI ODGOVORNE OSOBE ZA KVALITETU ZA BOLNIČKE ZDRAVSTVENE USTANOVE I LJEČILIŠTA (OBRAZAC OB\_IORP\_BZU\_LJEČILIŠTE)**

1. Naziv zdravstvene ustanove
2. Sjedište zdravstvene ustanove (mjesto, ulica, broj)
3. Ukupan broj zaposlenih
4. Imate li u vašoj ustanovi:
  - osnovano Povjerenstvo za kvalitetu
  - određenu odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite
  - niti jedno od navedenog
5. Imate li u vašoj ustanovi ustrojenu posebnu jedinicu (ured, odjel...) za osiguranje i poboljšanje kvalitete?

### **OSOBA KOJA JE ODGOVORNA ZA TOČNOST PODATAKA**

1. Ime i prezime
2. Funkcija:
  - Pomoćnik ravnatelja za kvalitetu
  - Odgovorna osoba za kvalitetu zdravstvene zaštite
  - Voditelj jedinice za osiguranje i uspostavljanje kvalitete zdravstvene zaštite
  - Ostalo
3. Naziv funkcije
4. Kontakt telefon
5. Kontakt e-mail adresa

## NEPREKIDNO POBOLJŠANJE KVALITETE KLINIČKIH I NEKLINIČKIH POSTUPAKA

1.1. Provodi li se u Vašoj ustanovi neprekidno poboljšanje kvalitete nekliničkih i kliničkih postupaka putem sustavnog pregleda?

Klinički (sustavan) pregled jest sustavna, kritička analiza kvalitete skrbi koja uključuje dijagnostičke i terapijske postupke, uporabu resursa i ishoda za pacijente na osnovi prethodno utvrđenih standarda i koja se odnosi na definiranu skupinu pacijenata.

- uporabe antibiotika
- uporabe krvi i krvnih pripravaka
- medicinske dokumentacije
- uporabe lijekova
- primjerenosti kirurških zahvata uključujući korelaciju predkirurške i poslije kirurške dijagnoze s nalazima patologa
- analize bolničkih infekcija

1.2. Koji su od navedenih pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti primjenjivi u Vašoj ustanovi?

- vrijeme čekanja na totalnu endoprotezu kuka
- vrijeme čekanja na ekstrakapsularnu ekstrakciju leće
- vrijeme čekanja na postupak magnetske rezonancije
- vrijeme čekanja na kemoterapiju
- vrijeme čekanja na radioterapiju
- udio dolazaka u bolničku zdravstvenu ustanovu vozilom hitne medicinske pomoći unutar 12 sati od dojava simptoma
- udio preživjelih pacijenata do prijema u bolničku zdravstvenu ustanovu kod politrauma i zastoja srca
- vrijeme provedeno u hitnom bolničkom prijemu
- trajanje hospitalizacije za akutni pankreatitis
- trajanje hospitalizacije za laparoskopsku kolecistektomiju
- trajanje hospitalizacije za carski rez
- trajanje hospitalizacije za akutni infarkt miokarda
- trajanje hospitalizacije za moždani udar
- trajanje hospitalizacije za ugradnju endoproteze kuka
- neplanirani ponovni prijem u bolničku zdravstvenu ustanovu unutar 30 dana
- neplanirana reoperacija ili neplanirani povratak u operacijsku dvoranu
- iskorištenost operacijskih sala
- postotak operativnih zahvata izvedenih uz primjenu sigurnosne liste provjere
- udjel carskog reza u porodima

- preživljenje presatka kod transplantacije bubrega
- preživljenje pacijenta nakon transplantacije bubrega
- ubodni incidenti
- postotak otpuštenih pacijenata uz otpusno pismo

1.3. Koji se od navedenih pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti prate u Vašoj ustanovi?

- vrijeme čekanja na totalnu endoprotezu kuka
- vrijeme čekanja na ekstrakapsularnu ekstrakciju leće
- vrijeme čekanja na postupak magnetske rezonancije
- vrijeme čekanja na kemoterapiju
- vrijeme čekanja na radioterapiju
- udio dolazaka u bolničku zdravstvenu ustanovu vozilom hitne medicinske pomoći unutar 12 sati od dojava simptoma
- udio preživjelih pacijenata do prijema u bolničku zdravstvenu ustanovu kod politrauma i zastoja srca
- vrijeme provedeno u hitnom bolničkom prijemu
- trajanje hospitalizacije za akutni pankreatitis
- trajanje hospitalizacije za laparoskopsku kolecistektomiju
- trajanje hospitalizacije za carski rez
- trajanje hospitalizacije za akutni infarkt miokarda
- trajanje hospitalizacije za moždani udar
- trajanje hospitalizacije za ugradnju endoproteze kuka
- neplanirani ponovni prijem u bolničku zdravstvenu ustanovu unutar 30 dana
- neplanirana reoperacija ili neplanirani povratak u operacijsku dvoranu
- iskorištenost operacijskih sala
- postotak operativnih zahvata izvedenih uz primjenu sigurnosne liste provjere
- udjel carskog reza u porodima
- preživljenje presatka kod transplantacije bubrega
- preživljenje pacijenta nakon transplantacije bubrega
- ubodni incidenti
- postotak otpuštenih pacijenata uz otpusno pismo

## SIGURNOST PACIJENATA I OSOBLJA

- 2.1. Ima li Vaša ustanova dokumentirani sustav sigurnosti pacijenata i osoblja?
- 2.2. Koje od sljedećih procesa uključuje navedeni sustav?
  - otkrivanje i prijavljivanje
  - preventivne i popravne radnje
  - definirani postupak za smanjenje rizika
  - primjena akcijskih planova
  - neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji
  - procjena sigurnosti pacijenata i osoblja koju provodi ravnatelj, odnosno odgovorna osoba
  - politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima
- 2.3. Vodite li registar o neželjnim ishodima liječenja?
- 2.4. Koji su od navedenih neočekivanih neželjenih događaja (NND) primjenjivi u Vašoj ustanovi?
  - kirurški zahvat proveden na pogrešnom pacijentu
  - kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela
  - instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata koji zahtjeva dodatni zahvat ili dodatni postupak
  - transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti
  - smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije
  - smrt majke ili teško oboljenje povezano s porođajem
  - otmica novorođenčeta
  - otpust novorođenčeta pogrešnoj obitelji
  - smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, koja nije povezana s urođenim oboljenjem
  - jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513  $\mu\text{mol/L}$ )
  - samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi
  - radioterapija pogrešne regije tijela
  - radioterapija s dozom 25% iznad planirane doze
- 2.5. Koji se od navedenih neočekivanih neželjenih događaja (NND) prate u Vašoj ustanovi?
  - kirurški zahvat proveden na pogrešnom pacijentu
  - kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela
  - instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata koji zahtjeva dodatni zahvat ili dodatni postupak

- transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti
- smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije
- smrt majke ili teško oboljenje povezano s porođajem
- otmica novorođenčeta
- otpust novorođenčeta pogrešnoj obitelji
- smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, koja nije povezana s urođenim oboljenjem
- jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513 µmol/L)
- samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi
- radioterapija pogrešne regije tijela
- radioterapija s dozom 25% iznad planirane doze

2.6. Analizira li se u Vašoj ustanovi mogući uzrok nastalog neočekivanog neželjenog događaja?

2.7. Koji su od navedenih pokazatelja sigurnosti pacijenata (ostali neželjeni događaji) primjenjivi u Vašoj ustanovi?

- smrtnost od akutnog infarkta miokarda unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od moždanog udara unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od akutnog pankreatitisa
- poslijekirurška infekcija rane
- nedostatna higijena ruku
- poslijekirurška plućna embolija ili duboka venska tromboza
- poslijekirurško krvarenje ili hematoma
- neželjene nuspojave lijekova
- opstetrička trauma – vaginalni porođaj bez instrumenta
- poslijekirurški prijelom kuka
- pad pacijenta
- dekubitalni ulkus
- nuspojave liječenja psihoza

2.8. Koji se od navedenih pokazatelja sigurnosti pacijenata (ostali neželjeni događaji) prate u Vašoj ustanovi?

- smrtnost od akutnog infarkta miokarda unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od moždanog udara unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od akutnog pankreatitisa
- poslijekirurška infekcija rane
- nedostatna higijena ruku
- poslijekirurška plućna embolija ili duboka venska tromboza
- poslijekirurško krvarenje ili hematoma
- neželjene nuspojave lijekova

- opstetrička trauma – vaginalni porođaj bez instrumenta
- poslijekirurški prijelom kuka
- pad pacijenta
- dekubitalni ulkus
- nuspojave liječenja psihoza

## MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Provodi li se u Vašoj ustanovi kontrola kvalitete medicinske dokumentacije?

## PRAVA I ISKUSTVA PACIJENATA, ZADOVOLJSTVO OSOBLJA

- 4.1. Provodite li redovito Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata?
- 4.2. Provodite li jednom godišnje Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije?

Predložak ankete u PDF formatu

## SMRTNI SLUČAJEVI I OBDUKCIJA

- 6.1. Vodite li registar o umrlim pacijentima?

## PRAĆENJE NUSPOJAVA LIJEKOVA I ŠTETNIH DOGAĐAJA VEZANIH UZ MEDICINSKE PROIZVODE

- 7.1. Izvješćujete li Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) o nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu liječenja?

## UNUTARNJA OCJENA

- 8.1. Provodite li unutarnju ocjenu sustava kvalitete?

## PROVOĐENJE EDUKACIJE IZ KVALITETE I SIGURNOSTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

- 9.1. Provodite li edukaciju iz kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite?
- 9.1a. Molimo Vas navedite vrstu edukacije (radionica, stručno predavanje, webinar, ostalo) te za svaku edukaciju temu i broj polaznika.



## AKTIVNOSTI VEZANE UZ AKREDITACIJU

10.1. Provodite li aktivnosti vezane uz pripreme za akreditacijski postupak?

10.1a. Molimo Vas opišite aktivnost(i) koje provodite.

## AKTIVNOSTI POVJERENSTVA ZA KVALITETU ZDRAVSTVENE USTANOVE

11.1. Jeste li zainteresirani predstaviti rad Vašeg Povjerenstva za kvalitetu na zajedničkoj radionici za razmjenu iskustva?

11.1a. Molimo Vas navedite prijedlog teme prezentacije.

## **IZVJEŠĆE O RADU POVJERENSTVA ZA KVALITETU ILI ODGOVORNE OSOBE ZA KVALITETU ZA ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO (OBRAZAC OB\_IORP\_ZJZ)**

1. Naziv zdravstvene ustanove
2. Sjedište zdravstvene ustanove (mjesto, ulica, broj)
3. Ukupan broj zaposlenih
4. Imate li u vašoj ustanovi:
  - osnovano Povjerenstvo za kvalitetu
  - određenu odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite
  - niti jedno od navedenog
5. Imate li u vašoj ustanovi ustrojenu posebnu jedinicu (ured, odjel...) za osiguranje i poboljšanje kvalitete?

### **OSOBA KOJA JE ODGOVORNA ZA TOČNOST PODATAKA**

1. Ime i prezime
2. Funkcija:
  - Pomoćnik ravnatelja za kvalitetu
  - Odgovorna osoba za kvalitetu zdravstvene zaštite
  - Voditelj jedinice za osiguranje i uspostavljanje kvalitete zdravstvene zaštite
  - Ostalo
3. Naziv funkcije
4. Kontakt telefon
5. Kontakt e-mail adresa

### **NEPREKIDNO POBOLJŠANJE KVALITETE KLINIČKIH I NEKLINIČKIH POSTUPAKA**

- 1.1. Provodi li se u Vašoj ustanovi neprekidno poboljšanje kvalitete nekliničkih i kliničkih postupaka putem sustavnog pregleda?

Klinički (sustavan) pregled jest sustavna, kritička analiza kvalitete skrbi koja uključuje dijagnostičke i terapijske postupke, uporabu resursa i ishoda za pacijente na osnovi prethodno utvrđenih standarda i koja se odnosi na definiranu skupinu pacijenata.

- medicinske dokumentacije
  - uporabe lijekova
- 1.2. Koji su od navedenih pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti primjenjivi u Vašoj ustanovi?
- ubodni incidenti
  - rano otkrivanje raka dojke
  - rano otkrivanje raka debelog crijeva
  - stopa prekida trudnoća kod maloljetnica
  - stopa maloljetnika u registru ovisnika
  - postotak sistematskih pregleda
  - procjepljenost djece
- 1.3. Koji se od navedenih pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti prate u Vašoj ustanovi?
- ubodni incidenti
  - rano otkrivanje raka dojke
  - rano otkrivanje raka debelog crijeva
  - stopa prekida trudnoća kod maloljetnica
  - stopa maloljetnika u registru ovisnika
  - postotak sistematskih pregleda
  - procjepljenost djece

## SIGURNOST PACIJENATA I OSOBLJA

2.1. Ima li Vaša ustanova dokumentirani sustav sigurnosti pacijenata i osoblja?

2.2. Koje od sljedećih procesa uključuje navedeni sustav?

- otkrivanje i prijavljivanje
- preventivne i popravne radnje
- definirani postupak za smanjenje rizika
- primjena akcijskih planova
- neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji
- procjena sigurnosti pacijenata i osoblja koju provodi ravnatelj, odnosno odgovorna osoba
- politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima

- 2.3. Vodite li registar o neželjnim ishodima liječenja?
- 2.4. Koji su od navedenih neočekivanih neželjenih događaja (NND) primjenjivi u Vašoj ustanovi?
- kirurški zahvat proveden na pogrešnom pacijentu
  - kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela
  - instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata koji zahtjeva dodatni zahvat ili dodatni postupak
  - transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti
  - smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije
  - smrt majke ili teško oboljenje povezano s porođajem
  - otmica novorođenčeta
  - otpust novorođenčeta pogrešnoj obitelji
  - smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, koja nije povezana s urođenim oboljenjem
  - jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513 µmol/L)
  - samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi
  - radioterapija pogrešne regije tijela
  - radioterapija s dozom 25% iznad planirane doze
- 2.5. Koji se od navedenih neočekivanih neželjenih događaja (NND) prate u Vašoj ustanovi?
- kirurški zahvat proveden na pogrešnom pacijentu
  - kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela
  - instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata koji zahtjeva dodatni zahvat ili dodatni postupak
  - transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti
  - smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije
  - smrt majke ili teško oboljenje povezano s porođajem
  - otmica novorođenčeta
  - otpust novorođenčeta pogrešnoj obitelji
  - smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, koja nije povezana s urođenim oboljenjem
  - jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513 µmol/L)
  - samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi
  - radioterapija pogrešne regije tijela
  - radioterapija s dozom 25% iznad planirane doze
- 2.6. Analizira li se u Vašoj ustanovi mogući uzrok nastalog neočekivanog neželjenog događaja?

2.7. Koji su od navedenih pokazatelja sigurnosti pacijenata (ostali neželjeni događaji) primjenjivi u Vašoj ustanovi?

- smrtnost od akutnog infarkta miokarda unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od moždanog udara unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od akutnog pankreatitisa
- poslijekirurška infekcija rane
- nedostatna higijena ruku
- poslijekirurška plućna embolija ili duboka venska tromboza
- poslijekirurško krvarenje ili hematoma
- neželjene nuspojave lijekova
- opstetrička trauma – vaginalni porođaj bez instrumenta
- poslijekirurški prijelom kuka
- pad pacijenta
- dekubitalni ulkus
- nuspojave liječenja psihoza

2.8. Koji se od navedenih pokazatelja sigurnosti pacijenata (ostali neželjeni događaji) prate u Vašoj ustanovi?

- smrtnost od akutnog infarkta miokarda unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od moždanog udara unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od akutnog pankreatitisa
- poslijekirurška infekcija rane
- nedostatna higijena ruku
- poslijekirurška plućna embolija ili duboka venska tromboza
- poslijekirurško krvarenje ili hematoma
- neželjene nuspojave lijekova
- opstetrička trauma – vaginalni porođaj bez instrumenta
- poslijekirurški prijelom kuka
- pad pacijenta
- dekubitalni ulkus
- nuspojave liječenja psihoza

## MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Provodi li se u Vašoj ustanovi kontrola kvalitete medicinske dokumentacije?

## PRAVA I ISKUSTVA PACIJENATA, ZADOVOLJSTVO OSOBLJA

- 4.1. Provodite li redovito Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata?
  - 4.2. Provodite li jednom godišnje Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije?
- Predložak ankete u PDF formatu

## SMRTNI SLUČAJEVI I OBDUKCIJA

- 6.1. Vodite li registar o umrlim pacijentima?

## PRAĆENJE NUSPOJAVA LIJEKOVA I ŠTETNIH DOGAĐAJA VEZANIH UZ MEDICINSKE PROIZVODE

- 7.1. Izvješćujete li Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) o nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu liječenja?

## UNUTARNJA OCJENA

- 8.1. Provodite li unutarnju ocjenu sustava kvalitete?

## PROVOĐENJE EDUKACIJE IZ KVALITETE I SIGURNOSTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

- 9.1. Provodite li edukaciju iz kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite?
- 9.1a. Molimo Vas navedite vrstu edukacije (radionica, stručno predavanje, webinar, ostalo) te za svaku edukaciju temu i broj polaznika.

## AKTIVNOSTI POVJERENSTVA ZA KVALITETU ZDRAVSTVENE USTANOVE

- 10.1. Jeste li zainteresirani predstaviti rad Vašeg Povjerenstva za kvalitetu na zajedničkoj radionici za razmjenu iskustva?
- 10.1a. Molimo Vas navedite prijedlog teme prezentacije.

## **IZVJEŠĆE O RADU POVJERENSTVA ZA KVALITETU ILI ODGOVORNE OSOBE ZA KVALITETU ZA ZAVOD ZA HITNU MEDICINU (OBRAZAC OB\_IORP\_ZHM)**

1. Naziv zdravstvene ustanove
2. Sjedište zdravstvene ustanove (mjesto, ulica, broj)
3. Ukupan broj zaposlenih
4. Imate li u vašoj ustanovi:
  - osnovano Povjerenstvo za kvalitetu
  - određenu odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite
  - niti jedno od navedenog
5. Imate li u vašoj ustanovi ustrojenu posebnu jedinicu (ured, odjel...) za osiguranje i poboljšanje kvalitete?

### **OSOBA KOJA JE ODGOVORNA ZA TOČNOST PODATAKA**

1. Ime i prezime
2. Funkcija:
  - Pomoćnik ravnatelja za kvalitetu
  - Odgovorna osoba za kvalitetu zdravstvene zaštite
  - Voditelj jedinice za osiguranje i uspostavljanje kvalitete zdravstvene zaštite
  - Ostalo
3. Naziv funkcije
4. Kontakt telefon
5. Kontakt e-mail adresa

### **NEPREKIDNO POBOLJŠANJE KVALITETE KLINIČKIH I NEKLINIČKIH POSTUPAKA**

- 1.1. Provodi li se u Vašoj ustanovi neprekidno poboljšanje kvalitete nekliničkih i kliničkih postupaka putem sustavnog pregleda?

Klinički (sustavan) pregled jest sustavna, kritička analiza kvalitete skrbi koja uključuje dijagnostičke i terapijske postupke, uporabu resursa i ishoda za pacijente na osnovi prethodno utvrđenih standarda i koja se odnosi na definiranu skupinu pacijenata.

- uporabe antibiotika
  - medicinske dokumentacije
  - uporabe lijekova
- 1.2. Koji su od navedenih pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti primjenjivi u Vašoj ustanovi?
- udio preživjelih pacijenata do prijema u bolničku zdravstvenu ustanovu kod politrauma i zastoja srca
  - vrijeme proteklo od zaprimanja poziva prijavno-dojavne jedinice do stizanja tima na intervenciju
  - vrijeme proteklo od zaprimanja poziva prijavno-dojavne jedinice do stizanja u bolnički prijam
- 1.3. Koji se od navedenih pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti prate u Vašoj ustanovi?
- udio preživjelih pacijenata do prijema u bolničku zdravstvenu ustanovu kod politrauma i zastoja srca
  - vrijeme proteklo od zaprimanja poziva prijavno-dojavne jedinice do stizanja tima na intervenciju
  - vrijeme proteklo od zaprimanja poziva prijavno-dojavne jedinice do stizanja u bolnički prijam

## SIGURNOST PACIJENATA I OSOBLJA

- 2.1. Ima li Vaša ustanova dokumentirani sustav sigurnosti pacijenata i osoblja?
- 2.2. Koje od sljedećih procesa uključuje navedeni sustav?
- otkrivanje i prijavljivanje
  - preventivne i popravne radnje
  - definirani postupak za smanjenje rizika
  - primjena akcijskih planova
  - neprekidno mjerenje kako bi se osigurala učinkovitost radnji
  - procjena sigurnosti pacijenata i osoblja koju provodi ravnatelj, odnosno odgovorna osoba
  - politika i praksa obavješćivanja pacijenata i/ili njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima
- 2.3. Vodite li registar o neželjnim ishodima liječenja?
- 2.4. Koji su od navedenih neočekivanih neželjenih događaja (NND) primjenjivi u Vašoj ustanovi?



- kirurški zahvat proveden na pogrešnom pacijentu
- kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela
- instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata koji zahtjeva dodatni zahvat ili dodatni postupak
- transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti
- smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije
- smrt majke ili teško oboljenje povezano s porođajem
- otmica novorođenčeta
- otpust novorođenčeta pogrešnoj obitelji
- smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, koja nije povezana s urođenim oboljenjem
- jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513 μmol/L)
- samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi
- radioterapija pogrešne regije tijela
- radioterapija s dozom 25% iznad planirane doze

2.5. Koji se od navedenih neočekivanih neželjenih događaja (NND) prate u Vašoj ustanovi?

- kirurški zahvat proveden na pogrešnom pacijentu
- kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela
- instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata koji zahtjeva dodatni zahvat ili dodatni postupak
- transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti
- smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije
- smrt majke ili teško oboljenje povezano s porođajem
- otmica novorođenčeta
- otpust novorođenčeta pogrešnoj obitelji
- smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, koja nije povezana s urođenim oboljenjem
- jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513 μmol/L)
- samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi
- radioterapija pogrešne regije tijela
- radioterapija s dozom 25% iznad planirane doze

2.6. Analizira li se u Vašoj ustanovi mogući uzrok nastalog neočekivanog neželjenog događaja?

2.7. Koji su od navedenih pokazatelja sigurnosti pacijenata (ostali neželjeni događaji) primjenjivi u Vašoj ustanovi?

- smrtnost od akutnog infarkta miokarda unutar 30 dana od prijma u bolnicu

- smrtnost od moždanog udara unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od akutnog pankreatitisa
- poslijekirurška infekcija rane
- nedostatna higijena ruku
- poslijekirurška plućna embolija ili duboka venska tromboza
- poslijekirurško krvarenje ili hematoma
- neželjene nuspojave lijekova
- opstetrička trauma – vaginalni porođaj bez instrumenta
- poslijekirurški prijelom kuka
- pad pacijenta
- dekubitalni ulkus
- nuspojave liječenja psihoza

2.8. Koji se od navedenih pokazatelja sigurnosti pacijenata (ostali neželjeni događaji) prate u Vašoj ustanovi?

- smrtnost od akutnog infarkta miokarda unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od moždanog udara unutar 30 dana od prijma u bolnicu
- smrtnost od akutnog pankreatitisa
- poslijekirurška infekcija rane
- nedostatna higijena ruku
- poslijekirurška plućna embolija ili duboka venska tromboza
- poslijekirurško krvarenje ili hematoma
- neželjene nuspojave lijekova
- opstetrička trauma – vaginalni porođaj bez instrumenta
- poslijekirurški prijelom kuka
- pad pacijenta
- dekubitalni ulkus
- nuspojave liječenja psihoza

## MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Provodi li se u Vašoj ustanovi kontrola kvalitete medicinske dokumentacije?

## PRAVA I ISKUSTVA PACIJENATA, ZADOVOLJSTVO OSOBLJA

- 4.1. Provodite li redovito Anketu o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata?
- 4.2. Provodite li jednom godišnje Anketu o zadovoljstvu osoblja radnim uvjetima, organizacijom rada i kulturom komunikacije?

Predložak ankete u PDF formatu

## KONTROLA INFEKCIJA

- 5.1. Imate li opći akt kojim se utvrđuju mjere, obveze i odgovornosti za sprečavanje, suzbijanje i praćenje bolničkih infekcija?
- 5.2. Imate li dokumentiran plan, program i postupke za obavljanje mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija?

## SMRTNI SLUČAJEVI I OBDUKCIJA

- 6.1. Vodite li registar o umrlim pacijentima?

## PRAĆENJE NUSPOJAVA LIJEKOVA I ŠTETNIH DOGAĐAJA VEZANIH UZ MEDICINSKE PROIZVODE

- 7.1. Izvješćujete li Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) o nuspojavama lijeka ili sumnji na nuspojavu liječenja?

## UNUTARNJA OCJENA

- 8.1. Provodite li unutarnju ocjenu sustava kvalitete?

## PROVOĐENJE EDUKACIJE IZ KVALITETE I SIGURNOSTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

- 9.1. Provodite li edukaciju iz kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite?
- 9.1a. Molimo Vas navedite vrstu edukacije (radionica, stručno predavanje, webinar, ostalo) te za svaku edukaciju temu i broj polaznika.

## AKTIVNOSTI POVJERENSTVA ZA KVALITETU ZDRAVSTVENE USTANOVE

- 10.1. Jeste li zainteresirani predstaviti rad Vašeg Povjerenstva za kvalitetu na zajedničkoj radionici za razmjenu iskustva?
- 10.1a. Molimo Vas navedite prijedlog teme prezentacije.



