

UNIVERZITET U BEOGRADU

MEDICINSKI FAKULTET

Gordana D. Markovi Petrovi

**AKREDITACIJA ZDRAVSTVENIH
USTANOVA KAO DOPRINOSNI FAKTOR
KVALITETU RADA U BOLNI KOJ ZAŠTITI**

doktorska disertacija

Beograd, 2016

UNIVERSITY OF BELGRADE

SCHOOL OF MEDICINE

Gordana D. Markovic Petrovic

**ACCREDITATION OF HEALTH
INSTITUTIONS AS A CONTRIBUTORY
FACTOR TO QUALITY OF HOSPITAL
HEALTH CARE**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2016.

MENTOR:

Prof. dr Aleksandra Jovi Vraneš, specijalista socijalne medicine, vanredni profesor na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu

LANOVI KOMISIJE:

- 1. Prof. dr Momilo Babi, specijalista socijalne medicine, redovni profesor na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu**
- 2. Prof. dr Bojana Matejić, specijalista socijalne medicine, vanredni profesor na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu**
- 3. Prof. dr Svetlana Jovanović, specijalista socijalne medicine, vanredni profesor na Stomatološkom fakultetu Univerziteta u Beogradu**

AKREDITACIJA ZDRAVSTVENIH USTANOVA KAO DOPRINOSNI FAKTOR KVALITETU RADA U BOLNI KOJ ZAŠTITI

SAŽETAK

Uvod: Akreditacija se smatra najstarijim i najrasprostranjenijim nezavisnim mehanizmom spoljašnjeg ocenjivanja kvaliteta zdravstvene zaštite i sprovodi se u preko 70 zemalja širom sveta. Glavni nosioci posla tokom akreditacije zdravstvenih ustanova su zdravstveni radnici i od njihove motivacije i angažovanosti zavisi i uspešnost sprovedenog procesa. U skladu sa tim, veoma je važno, pre samog započinjanja ovog procesa, ispitati kakav je njihov stav u vezi sa akreditacijom. Pored toga, s obzirom na činjenicu da sam proces akreditacije zahteva i ulaganje značajnih finansijskih sredstava, neophodni su konkretni dokazi u vezi sa njenim efektom na poboljšanje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova.

Metod: Istraživanje je sprovedeno u dve bolnice tercijernog nivoa zdravstvene zaštite, od kojih je jedna akreditovana, a druga nije.

Studija o ispitivanju stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji je dizajnirana kao opservaciona studija i obuhvatila je anketiranje dve grupe ispitanika. Eksperimentalnu grupu su činili zaposleni zdravstveni radnici u bolnici koja zdravstvenoj ustanovi u kojoj je sprovedena akreditacija, dok su drugu, kontrolnu grupu činili zdravstveni radnici zaposleni u bolnici koja ustanovi u kojoj akreditacija nije sprovedena. U istraživanju je, kao instrument za prikupljanje podataka o stavovima zdravstvenih radnika o akreditaciji, korišćen originalan validiran upitnik, dizajniran za potrebe izrade doktorske disertacije.

Analiza pokazatelja kvaliteta je dizajnirana kao kvazi-eksperimentalno istraživanje razlike-u-razlici između dve grupe hronološki poređanih podataka i obuhvatilo je sledeće aktivnosti: procenu razlika u indikatorima kvaliteta između ustanova za ceo period praćenja (faktor ustanova); procenu trenda variranja vrednosti izabranih pokazatelja kvaliteta, za period od 2007-2015. godine (faktor godina) i procenu direktnog uticaja aktivnosti povezanih sa akreditacijom na indikatore kvaliteta između bolnica (interakcija faktora godina \times ustanova). Pracen je dvadeset jedan pokazatelj kvaliteta.

Rezultati: Upitnik o stavovima zdravstvenih radnika o akreditaciji ima visoku sadržinsku i strukturnu validnost. Njegova upotreba omogućava da se na brz i jednostavan način dobije jasan uvid u stavove zaposlenih u vezi sa suštinskim aspektima akreditacije, kao što su stav o pozitivnim dugotrajnim uticajima akreditacije na planiranje, realizaciju i promenu ukupnog koncepta zdravstvene zaštite, stav o povećanju profesionalne afirmacije i unapređenju radnog morala i stav o unapređenju komunikacije i sigurnosti na poslu.

Akreditacija je imala uticaj na šest pokazatelja kvaliteta. Doprinela je realnijem praćenju pokazatelja kvaliteta, kao i realnijem izveštavanju, naročito u slučaju incidence bolničkih infekcija i stope letaliteta od cerebrovaskularnog insulta. Akreditacija je uticala na skraćivanje dužine čekanja na prvi pregled za nivo ustanove, na smanjenje stope pacijenata sa dekubitima, doprinela je kraćoj dužini čekanja od akutnog infarkta miokarda i kraćoj dužini čekanja na prvi pregled hirurga.

Zaključak: Zdravstveni radnici, koji su imali iskustvo sa akreditacijom, ovaj proces doživljavaju kao intervenciju koja ima dugoročan pozitivan uticaj na planiranje i realizaciju planova i koja konceptualno ima reformski karakter u zdravstvenoj ustanovi.

Rezultati našeg istraživanja potvrđuju da proces akreditacije značajno vodi unapređenju pojedinih pokazatelja kvaliteta i to, kako u fazi donošenja odluke menadžmenta ustanove o akreditaciji, odnosno tokom pripreme za akreditaciju, tako i za vreme samog akreditacionog procesa i neposredno nakon završetka akreditacije.

ključne reči: akreditacija, unapređenje kvaliteta, pokazatelji kvaliteta, zdravstvene ustanove

Naučna oblast: Medicina

Užna naučna oblast: Socijalna medicina

UDK Broj:

ACCREDITATION OF HEALTH INSTITUTIONS AS A CONTRIBUTORY FACTOR TO QUALITY OF HOSPITAL HEALTH CARE

ABSTRACT

Background/ Aim: Accreditation is considered to be the oldest and most widespread mechanism of independent external evaluation of health care quality and is implemented in over 70 countries worldwide. The main execution of the process of accreditation of the health institutions rests upon health professionals, hence, the success of the completion of the process depends on their motivation and their effort. Accordingly, it is very important, before starting the process itself, to find out their attitude towards accreditation. Besides, taking into account that the process of accreditation requires the investments of significant financial means, the solid proofs of its efficiency on the improvement of the quality of the work of the health institutions are needed.

Methods: The study was conducted in two tertiary level hospitals, one accredited, the other non-accredited.

Study researching the attitudes of the health professionals on accreditation has been designed as the observational study and it included interviewing two groups of subjects. Experimental group consisted of health professionals employed in the health institution where the accreditation has been done, while the other, control group consisted of the health professionals employed in the health institutions where the accreditation has not been done so far. The research of the attitudes of the health professionals on the accreditation, used the original, validated interview, designed for the needs of doctoral thesis.

Analysis of quality indicators was designed as a quasi-experimental research of the “Difference-in-Difference” (DiD) between two groups of chronologically arranged data and included the following activities: assessment of the difference of quality indicators between institutions for the entire monitored period (institution factor); assessment of the trend of variation for values of selected quality indicators, for the 2007-2015 period (year factor) and assessment of the direct impact of activities related to accreditation on quality

indicators between hospitals (year × institution factor interaction). Twenty-one quality indicators were monitored.

Results: Questionnaire on the attitudes of the health professionals on accreditation has the high content and structural validity. Its usage enables, in a simple and fast way, to gain a clear insight into the attitudes of the employees with regard to essential aspects of accreditation, such as the attitude on positive long-term effects of accreditation on planning, realization and changes in the whole concept of the health care, attitude on the increase of professional affirmation, improvement of the working motivation and ethics and attitude on the improvements in the interpersonal communication and security at work.

Accreditation had six quality indicators. It contributed to more realistic follow-up of the quality indicators, to more objective reporting, especially with regard to the incidence of the hospital-acquired infections, as well as with regard to the lethality rate of the cerebrovascular insult. Accreditation had the positive effect on shortening of the waiting for the first check-up on the level of the institution itself, on the decrease of the number of the patients with decubitus, it contributed to the shorter period of treatment from the acute myocardium infarct and the shorter period of waiting to the first check up with the surgeon.

Conclusion: Health professionals, who had the experience with the accreditation, see the process as an intervention that has a long-term positive effect on planning and realization of the plans, having at the same, reforming character within the health institution. Results of our study confirm that the process of accreditation leads to a significant improvement of individual quality indicators, both during the phase when the management of the institution makes the decision on accreditation, i.e. the preparation for accreditation, and during the accreditation process, and immediately after the completion of accreditation.

Key words: accreditation, quality improvement, quality indicators, health care institutions

Scientific field: Medicine

Narrow scientific field: Social medicine

UDK Number:

SADRŽAJ:

1.0 UVOD	1
1.1 Kvalitet zdravstvene zaštite	2
1.1.1 Definicije kvaliteta zdravstvene zaštite	3
1.1.2 Istorijski razvoj	4
1.1.3 Kvalitet zdravstvene zaštite u Republici Srbiji	6
1.1.4 Aktivnosi u oblasti kvaliteta zdravstvene zaštite	8
1.1.4.1 Procena ili merenje kvaliteta (Quality assessment)	8
1.1.4.2 Kontrola kvaliteta (Quality control)	10
1.1.4.3 Stalno unapređenje kvaliteta (Continuous Quality improvement)	11
1.1.5 Bezbednost pacijenata	14
1.2 Akreditacija	16
1.2.1 Definicije	16
1.2.2 Istorijat	17
1.2.3 Akreditacija u Srbiji	17
1.2.4 Ciljevi akreditacije	19
1.2.5 Aktuelna istraživanja o povezanost akreditacije i kvaliteta	20
2.0 CILJEVI ISTRAŽIVANJA	26
3.0 METOD RADA	27
3.1 Studija ispitivanja stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	27
3.1.1 Subjekti istraživanja	27
3.1.2 Instrument za prikupljanje podataka	27
3.1.3 Pravno-etički aspekti	28
3.1.4 Kriterijumi za uključivanje ili neuključivanje u studiju	29
3.2 Analiza pokazatelja kvaliteta u dve bolnice	29
3.2.1 Varijable	30
3.2.3 Pravno-etički aspekti	34
3.3 Statistički metod	34
3.4 Opis mesta istraživanja	35

3.4.1 Razlika između u ustanova	35
3.4.2 KBC A – detaljan opis	35
3.4.3 KBC B – detaljan opis	37
4.0 REZULTATI	39
4.1 Studija ispitivanja stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	39
4.1.1 Opis ispitivane populacije	39
4.1.2 Strukturna i sadržinska validnost i pouzdanost upitnika stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	41
4.1.3 Sistem izrađivanja faktorskih skorova	45
4.1.4 Uticaj iskustva sa akreditacijom na promenu stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	45
4.1.5 Uticaj pola na stavove zdravstvenih radnika o akreditaciji	47
4.1.6 Uticaj zanimanja na stavove zdravstvenih radnika o akreditaciji	49
4.1.7 Povezanost stavova zdravstvenih radnika o potencijalnom unapređenju zadovoljstva pruženom zaštitom akreditacijom kako kod zdravstvenih radnika tako i kod pacijenata sa stavovima zdravstvenih radnika o akreditaciji	51
4.2 Analiza razlika u pokazateljima kvaliteta između u Ustanova	53
4.2.1 Stopa ukupnog letaliteta	53
4.2.2 Procenat umrlih u prvih 48h od prijema	54
4.2.3 Prosečna dužina bolničkog lečenja	55
4.2.4 Dužina lečenja na prvi pregled	56
4.2.5 Podudarnost kliničke i obdukcione dijagnoze	57
4.2.6 Stopa pacijenata sa dekubitusima	58
4.2.7 Stopa padova	59
4.2.8 Incidenca bolničkih infekcija	60
4.2.9 Stopa trombo-embolijskih komplikacija	61
4.2.10 Stopa ponovljenih operacija u istoj regiji	62
4.2.11 Stopa internističkog letaliteta	63
4.2.12 Dužina bolničkog lečenja na internom	64
4.2.13 Stopa letaliteta od akutnog infarkta miokarda	65

4.2.14	Prose na dužina bolni kog le enja od akutnog infarkta miokarda	66
4.2.15	Stopa letaliteta od cerebro-vaskularnog insulta	67
4.2.16	Dužina bolni kog le enja cerebro-vaskularnog insulta	68
4.2.17	Stopa letaliteta na hirurgiji	69
4.2.18	Prose na dužina bolni kog le enja na hirurgiji	70
4.2.19	Prose an broj operisanih pacijenata po hirurgu	71
4.2.20	Prose na dužina ekanja na prvi pregled hirurga	72
4.2.21	Opšta ocena zadovoljstva korisnika zdravstvene zaštite	73
5.0	DISKUSIJA	74
6.0	ZAKLJU CI	90
7.0	LITERATURA	94

1.0 UVOD

Akreditacija se smatra najstarijim i najrasprostranjenijim nezavisnim mehanizmom spoljašnjeg ocenjivanja kvaliteta rada zdravstvenih ustanova. Sprovodi se preko 70 zemalja širom sveta, sa ciljem da osigura pružanje bezbednih i visokokvalitetnih zdravstvenih usluga^{1,2}.

Ostaje, me utim, otvoreno teoretsko pitanje o tome da li i u kojoj meri, akreditacija uti e na kvalitet rada u zdravstvu i bezbednost pacijenata. Uprkos velikom broju istraživanja sprovedenih u ovoj oblasti i dalje nema dovoljno dokaza, na osnovu kojih bi se, sa velikom sigurnoš u, mogli doneti konkretni zaklju ci u vezi sa njenim efektima³.

S obzirom na injenicu da sam proces akreditacije zahteva veliku angažovanost zaposlenih i ulaganje zna ajnih finansijskih sredstava, neophodno je sprovesti dalja istraživanja u ovoj oblasti i prikupiti nove dokaze u vezi sa njenim realnim efektom na poboljšanje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova⁴.

Briga o bolesniku, težnja da mu se poboljša zdravstveno stanje i obezbedi pozitivan ishod le enja i adekvatni uslovi za negu, prisutna je od prvih dana postojanja lekarske profesije.

U skladu sa tim, paralelno sa nastankom prvih oblika organizovane zdravstvene službe, javilo se i interesovanje za kvalitet zdravstvene zaštite, kao i težnja da se isti obezbedi, unapredi, procenjuje, meri i poredi.

Poslednjih etrdesetak godina, to interesovanje je u zna ajnom porastu, a uslovljeno je promenama koje su nastale usled snažnog razvoja medicinskih znanja i tehnologija za zdravlje, usled stalnih zahteva za inovacijama u profesionaloj edukaciji zdravstvenih radnika, ali iusled pojave "obrazovanog korisnika" zdravstvene zaštite, koji želi da bude informisan o svim mogu nostima za zaštitu zdravlja.

Interesovanje za ovu oblast uslovljeno je i injenicom da su donosioci odluka i finansijeri suo eni sa izazovom da obezbede resurse koji bi pratili i podržali sve te promene.

Veoma značajan faktor koji ovu tematiku čini aktuelnom je i pritisak javnog mnjenja koji je u porastu, a kojim se insistira na dokazima da sredstva uložena u unapređenje zdravstvenog sistema donose benefit po zdravlje korisnika⁵.

Donosioci odluka, pa i sami zdravstveni profesionalci, nalaze se pred izazovom da pokažu da promene koje se dešavaju imaju pozitivan efekat na poboljšanje zdravstvene zaštite i da tu svoju tvrdnju dokumentuju^{6,7}.

Istraživanja pokazuju da su prisutne razlike u kvalitetu pružanja zdravstvene zaštite, kao i varijacije u ishodima, za iste i slične pacijente, čak i u slučajevima gde su ljudski, finansijski i drugi materijalni kapaciteti nazavidno visokom nivou⁸.

Navedeni faktori jasno impliciraju da “u sistem zdravstvene zaštite moraju biti uvedeni mehanizmi koji će omogućiti unapređenje kvaliteta kao i njegovu praćenje i kontrolu, a tamo gde se kvalitet spusti ispod predeterminisanih standarda moraju postojati korektivni mehanizmi kojima će se obezbediti podizanje kvaliteta zaštite“.Primer za jedan od brojnih takvih mehanizama koji su se razvili i koji primenjuju je akreditacija⁹.

1.1 Kvalitet zdravstvene zaštite

Kvalitet zdravstvene zaštite je prepoznat kao jedna od najvažnijih karakteristika sistema zdravstvene zaštite, kako državnog, tako i privatnog sektora. Stalno unapređenje kvaliteta predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i uspešnosti u radu, kao i veće zadovoljstvo korisnika i davalaca zdravstvenih usluga.U skladu sa navedenim, stalno unapređenje kvaliteta i bezbednosti pacijenata, predstavljaju sastavni deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika, zdravstvenih saradnika i svih drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu¹⁰.

1.1.1 Definicije kvaliteta zdravstvene zaštite

Prema izvoru iz 1988.godine, SZO kvalitet sagledava kao „stepen primene aktuelno raspoloživih naučno baziranih medicinskih znanja na pacijentovu zaštitu“ i najveći broj definicija podrazumeva tumačenje kvaliteta na ovaj način, pri čemu se kao glavna komponenta izdvaja stručna kompetentnost zdravstvenih radnika. Sa definisanjem kvaliteta, SZO više i „ne postavlja pitanje da li su aktivnosti u oblasti kvaliteta potrebne, već predlaže način na koji se one najlakše mogu implementirati“¹¹. U novijoj definiciji SZO, kaže se da je „kvalitet zdravstvene zaštite nivo dostignutih suštinskih ciljeva zdravstvenog sistema usmerenih ka unapređenju zdravlja i odgovornosti za opravdan očekivanje stanovnika od sistema“¹². Donabedian Avedis je istakao da je „kvalitetna zdravstvena zaštita vrsta zaštite za koju se očekuje da će maksimizirati sve aspekte pacijentovog blagostanja nakon uzimanja u obzir osetljive ravnoteže između očekivane dobiti i gubitaka koji su povezani sa procesom pružanja zdravstvene zaštite u svim njenim delovima“¹³.

Prema Šeldonu (Scheldonu), dobra zdravstvena zaštita podrazumeva „dobrog lekara sa adekvatnim znanjem, sposobnost u savladavanju problema, visokom motivacijom i senzitivnošću u komunikaciji, zatim dobrog pacijenta, koji je spreman da prihvati savete i pridržava se instrukcija, koji ume da objasni svoj problem i ima nameru da modifikuje svoje ponašanje i na kraju, dobar zdravstveni sistem koji poseduje adekvatne resurse u vidu dobro distribuiranog, školovanog i motivisanog kadra“¹⁴. Lohar je istakla da je „Kvalitet zaštite stepen do koga zdravstvena služba za pojedince i populaciju povećava verovatno u željenog ishoda i konzistentna je sa aktuelnim profesionalnim znanjem“¹⁵.

Savet Evrope je kvalitet zdravstvene zaštite definisao kao „stepen u kome pružene zdravstvene usluge povećavaju šanse pacijenata da dostignu željene rezultate po njihovo zdravlje i smanje šanse za nastanak neželjenih rezultata, imaju i u vidu sadašnje stanje medicinskog znanja“¹⁶, što se u gotovo svim segmentima podudara sa definicijom Instituta za medicinu iz 1990.godine u kojoj se navodi da je „kvalitet zdravstvene zaštite stepen u kome zdravstvene usluge za pojedinca i stanovništvo povećavaju verovatno u željenih ishoda po zdravlje i koji je konzistentan sa sadašnjim profesionalnim znanjem“¹⁷.

1.1.2 Istorijski razvoj

Nastojanja da se izvrši procena kvaliteta pružene zdravstvene zaštite i definiše metodologija, kao i da se kreiraju senzitivni merni instrumenti, definiše na in izveštavanja i upoređi efikasnost razli itih zdravstvenih ustanova, prisutni su duže od jednog veka¹⁸.

Aktivnosti u oblasti kvaliteta su se, tokom istorije, razvijale u smeru formiranja dva odvojena koncepta⁹.

Klinički koncept kvaliteta zasnovan je na tome da obezbeđivanje i održavanje kvaliteta zdravstvenih usluga koje se pružaju korisnicima zavisi od samih zdravstvenih radnika, od njihovih kapaciteta i zalaganja, tako da se oni smatraju odgovornim kako za uspeh, odnosno dobar ishod, tako i za nastale greške i propuste u radu. Akcentu ovakvom "odozdo naviše" pristupu je u profesionalnom ispunjenju određenih zahteva kvaliteta, odnosno na pridržavanju profesionalno definisanih standarda⁹.

U velikom broju zemalja širom sveta, donošenjem zakona u oblasti zdravstva, regulisana su profesionalna prava i obaveze zdravstvenih radnika, kako u pogledu pružanja zdravstvene zaštite koju pružaju korisnicima svojih usluga, tako i u pogledu etičkih normi i principa koji tom prilikom moraju biti na zadovoljavajućem nivou.

Avedis Donabedian ističe da kvalitet ima za cilj da javno reafirmiše odgovornost zdravstvenog radnika i da potvrdi odanost misiji koju on prepoznaje kao svoju¹⁹.

"Životna dužnost lekara je da se stalno (kontinuirano), teoretski i praktično stručno usavršava i primenjuje dijagnostičke metode i terapijske procedure moderne medicine. Održavanje nivoa znanja i veština neophodno za pružanje zdravstvene zaštite visokog kvaliteta je i moralna dužnost lekara"²⁰.

U okviru kliničkog koncepta kvaliteta razlikuju se procena kvaliteta ili evaluacija kvaliteta, kao i obezbeđivanje kvaliteta.

Procena kvaliteta počinje sa "kolegijalnom procenom" u XV veka, kada su u Engleskoj lekari izmeđusobno birali one najbolje, koji su kontrolisali rad ostalih, a osim toga, imali su običaj da jedni drugima procenjuju rad, što je doprinelo kontinuiranom unapređivanju njihovog rada⁹.

U 18. Veku, u Sjedinjenim Američkim Državama su formirani specijalni timovi koji su se bavili specifičnim aktivnostima i bili ciljano konsultovani u vezi sa problematikom koja se javljala u medicinskoj praksi, a utvrđeni su i standardi u vezi sa usvajanjem istorija bolesti, kao i pravila vezana za analizu korišćenja bolnica⁹.

Veoma značajan period, kada govorimo o proceni kvaliteta zdravstvene zaštite, nastupa polovinom 19.veka, kada rođena medicinska sestra iz Engleske, Florens Najtingejl (Florence Nightingale) sprovodi prve organizovane studije u oblasti kvaliteta. Ona je 1858.godine, objavila isvoj "izveštaj o adekvatnom standardu zaštite i lečenja u vojnim bolnicama". Tokom svoga rada, sakupivši veliko iskustvo i znanje, predložila je određene standarde kvaliteta. Zahvaljujući istraživanjima koja je sprovodila, u sestričnu praksu su uvedeni standardi kontrole infekcija, koji su smanjili letalitet vojnika u Krimskom ratu sa 42% na samo 2%. Pored toga, ona je prva opisala i definisala "sistem izvoda iz bolničkih otpusnih lista".²¹

Još jedna značajna ličnost koja je izuzetno mnogo doprinela daljem razvoju u ovoj oblasti po etkom 20.veka, je američki hirurđ Ernest Kodoman, koji se zalagao za praćenje i porećenje kvaliteta rada bolnica. On je svoj doprinos dao u estvovanjem u izradi prvog minimalnog standarda za bolnice u Sjedinjenim Američkim Državama, a pored toga uveo je u svoju praksu registrovanje svakog lečenog pacijenta i beležio rezultate lečenja. Osniva je američkog društva lekara, u ojoj je organizaciji započela sa radom inspekcija koja je obilazila bolnice i rangirala ih u skladu sa stepenom poštovanja propisanih standarda⁹.

Organizovane aktivnosti u vezi sa procenom i obezbećenjem kvaliteta polako su dobijale svoje mesto, s tim da su svoj nagli razvoj doživetele nakon Drugog svetskog rata, kako u oblasti teorije, tako i u praksi. Najznačajnija figura u tom periodu, svakako je bio rođeni profesor sa Harvarda, Avedis Donabedian. On je najveći doprinos dao u oblasti procene i obezbećenja kvaliteta, naročito u segmentu koji se odnosi na njegovu sistematizaciju, kategorizaciju i kritičku evaluaciju. Sa Donabedianom je, na osnovu merila u vidu definisanih standarda, po etlo porećenje izmeću pružene i o ekvane zdravstvene zaštite²².

Sredinom dvadesetog veka, po eo je da se razvija iindustrijski koncept kvaliteta koji, zarazliku od klini kog, nije individualno orijentisan, nego se bavi organizacijom kao celinom. Pristup kvalitetu je menadžersko organizacioni, što podrazumeva, pre svega, podršku lideru organizacije, ali osim toga, on uzima u obzir i odgovornost svakogpojedina nog lana. Osnovna filozofija ovog koncepta je zadovoljavanje potreba korisnika, a “svako je, u okviru organizacije, deo konstantne vu ne sile ka boljem”²³.

Karakteristi ni za ovaj concept su Stalno unapre enje kvaliteta koje podrazumeva “strukturalni sistem za kreiranje uklju ivanja itave organizacije u planiranje i uspostavljanje stalnog procesa poboljšanja, sa ciljem da se zadovolje potrebe korisnika”. Isto to se podrazumeva i pod Upravljanjem potpunim kvalitetom²⁴. Demingov doprinos se odnosio na isticanje mogu nosti i zna aja preveniranja lošeg kvaliteta, a dobio je svoju punu formu definisanjem lan ane reakcije kvaliteta koja podrazumeva da: “dobar kvalitet smanjuje troškove, pove ava produktivnost, stvara nove materijalne vrednosti, pove ava kompetentu poziciju organizacije, stvara vise prostora za zapošljavanje i dovodi do pobošljšanja kvaliteta, ime se jedan ciklus zaokružuje, a istovremeno naredni po inje”²⁵.

1.1.3 Kvalitet zdravstvene zaštite u Republici Srbiji

U skladu sa svetskim trendovima, Vlada Republike Srbije je 2009. godine donela Strategiju za unapre enje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednost pacijenata, iji je cilj da obezbedi najviši nivo kvaliteta u zdravstvenom sistemu Republike Srbije¹⁰. Ovom Strategijom je definisano pet strateških ciljeva:

1. Stvaranje uslova da korisnici- pacijenti budu u središtu sistema zdravstvene zaštite
2. Unapre enje stru nog znanja zdravstvenih radnika i podizanje svesti o zna aju stalnog unapre enja kvaliteta zdravstvene zaštite i razvijanje specifi nih znanja i veština
3. Stvaranje uslova koji promovišu kulturu stalnog unapre enja kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednost pacijenta u zdravstvenim ustanovama
4. Obezbe ivanje sigurnosti, bezbednosti i isplativosti zdravstvenih tehnologija

5. Obezbeđivanje finansijskih podsticaja za stalno unapređivanje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata

U okviru aktivnosti usmerenih na ostvarivanja ciljeva Strategije za stalno unapređivanje kvaliteta, u junu 2010. godine je donet i Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite ("Sl. glasnik RS", broj 49/10), na osnovu kojeg je Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović - Batut" sačinio Metodološko uputstvo za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite. U ovom uputstvu su date instrukcije o "načinu prikupljanja, proučavanja, izražavanja i izveštavanja pokazatelja kvaliteta rada zdravstvenih ustanova". Sve zdravstvene ustanove u Republici Srbiji imaju obavezu da za svaku kalendarsku godinu prikupljaju podatke, izrađuju pokazatelje kvaliteta i dostave ih, u predviđenom roku okružnim institutima i zavodima²⁶.

Jedan od značajnih faktora koji doprinosi unapređivanju kvaliteta rada u zdravstvenoj zaštiti je zadovoljstvo zaposlenih, te je stoga ovo i jedan od indikatora koji se prati tokom rutinske kontrole kvaliteta u zdravstvenim institucijama²⁶.

Zadovoljstvo zaposlenih je tema, koja zauzima značajno mesto, uvek kada se govori o kvalitetu zdravstvene zaštite, iz više razloga. Prema aktuelnim istraživanjima sprovedenim u Sjedinjenim Američkim Državama, trenutno nema dovoljno lekara i veće zadovoljstvo onih koji su trenutno zaposleni, moglo bi da predstavlja dodatni motiv mladim ljudima, koji bi tek trebalo da izaberu buduću profesiju, da upišu medicinski fakultet²⁷.

Sa druge strane, moglo bi se očekivati da zadovoljni lekari bolje i savetnije obavljaju svoj posao i prave manje grešaka u radu, od onih koji su nezadovoljni ili na ivici otkaza. Međutim i pored toga što su pojedine opservacione studije pokazale povezanost između profesionalnog zadovoljstva lekara i kvaliteta pružene zdravstvene zaštite, nije se mogao jasno definisati smer te povezanosti²⁸, tako da dosadašnja istraživanja nedovoljno impliciraju prvobitno pomenuta očekivanja.

Linzer je sa saradnicima sproveo istraživanje u Njujorku, u kojoj je bilo uključeno 422 lekara i tokom kojeg je ispitivana povezanost između njihovog zadovoljstva, grešaka u radu i ishoda lečenja, ali nije zaključeno da veće zadovoljstvo zaposlenih minimizuje greške i maksimizira ishod²⁹.

Osim navedenog, važno je ista i to da sama činjenica da zaposleni osjećaju radost i zadovoljstvo zbog posla koji obavljaju, ima dovoljno veliki značaj³⁰.

1.1.4 Aktivnosti u oblasti kvaliteta zdravstvene zaštite

Redosled koraka koji mogu dovesti do poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite su najpre njegovo definisanje i merenje, a zatim i, u skladu sa snimljenim stanjem, kreiranje mera i programa koji će omogućiti stalno unapređenje kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama³¹.

Prema bazi najnovijih definicija kvaliteta, koju je formulisao Donabedian, a nešto pojednostavila K.Lohr, kvalitet podrazumeva "Stepen do koga zdravstvena služba za individuu i populaciju, povećava verovatnoću željenog zdravstvenog ishoda"^{32,15}. Kao reakcija na te izazove razvili su se brojni pristupi, aktivnosti, mere i programi za unapređenje kvaliteta.

Neki od najznačajnijih među njima su: procena kvaliteta, stalno unapređenje kvaliteta (CQI), menadžment totalnim kvalitetom (TQM), upravljanje kvalitetom, sertifikacija, licenciranje, akreditacija i drugi^{6,7,33}.

1.1.4.1 Procena i merenje kvaliteta (Quality assessment)

Merenje kvaliteta je skup dijagnostičkih procedura kojima se obezbeđuju informacije za opisivanje dostignutog nivoa kvaliteta. Ovaj korak je preduslov za davanje procene o odstupanju izmerenog kvaliteta pruženih usluga od predeterminisanih standarda zdravstvene zaštite.

Jedan od pravaca aktuelnih istraživanja u oblasti merenja kvaliteta orijentisan je na konstantno unapređenje aktivnosti u oblasti merenja kvaliteta, jer smanjivanje vremena i napora potrebnog za njegovu procenu, može omogućiti više vremena i napora za njegovo poboljšanje³⁴.

Prema Donabedijanu, atributi koji definišu kvalitet su: struktura, proces i ishod³⁵.

Struktura zdravstvene zaštite je mera koja pokazuje da li organizacioni resursi i ure enje zdravstvene ustanove imaju kapacitet da korisnicima pruže odgovaraju u zdravstvenu zaštitu³⁶.

Mere koje opisuju strukturu kvaliteta obuhvataju karakteristike resursa u sistemu zdravstvene zaštite, kao što su lekar kao pojedinac, tim lekara, zdravstvene organizacije i sistem zdravstvene zaštite, lokacija i dostupnost službe i pretpostavlja da davaoci usluga raspolažu sa adekvatnim resursima, odnosno da zdravstveni radnici poseduju dozvole za rad, potvrde o završenoj specijalizaciji, a da zdravstvena ustanova poseduje vladinu dozvolu za rad, akreditaciju, adekvatne fizi ke attribute koji obezbe uju sigurnost onih koji tu ustanovu pose uju. Kada je zdravlje u pitanju, pod ishodom podrazumevamo promene u zdravstvenom stanju pojedinca, grupe ili stanovništva, koje se mogu pripisati planiranoj intervenciji ili seriji intervencija, nezavisno od toga da li je namera bila da ta intervencija uti e na promenu zdravstvenog stanja. U ovom slu aju, pod intervencijama podrazumevamo i državnu zdravstvenu politiku sa prate im programima, zakone, pravilnike, kao i zdravstvene usluge u koje se ubrajaju i programi promocije zdravlja³⁷.

Donabedijan strukturu smatra preduslovom za kvalitet i smatra da dobri preduslovi imaju ve u verovatno u da dovedu do željenog ishoda od loših³⁵.

Sam proces zdravstvene zaštite obuhvata sveukupne aktivnosti preduzete od strane zdravstvenih profesionalaca, a koje su u funkciji zadovoljavanja potreba pacijenata. Ovaj proces predstavlja meru koja se koristi da proceni usmerenost ka cilju me usobno povezane serije akcija, doga aja, mehanizama ili faza i obuhvata razli ite aktivnosti, po evši od pacijentovog traženja zdravstvene zaštite, pa do aktivnosti zdravstvenih radnika koje se odnose na dijagnosti ke, terapijske i rehabilitacione usluge³⁸.

U skladu sa tim, proces meri podudaranjem zaštite koja se pruža pacijentu sa onim što predstavljaju predefinisani standardi⁹.

Ishod kvantifikuje efekat pružene zdravstvene zaštite na zdravstveno stanje individue ili populacije i on je zapravo „rezultat primenjenog procesa u određenoj strukturi“⁹.

Mere koje opisuju ishodkvalitet predstavljaju uobičajene mere preživljavanja (standardizovane stope mortaliteta), neželjene efekte tretmana (npr. infekcije) i olakšavanje simptoma. Uključuje i podatke o zdravstvenom stanju koje pacijenti sami daju, kao i zadovoljstvo pruženim zdravstvenim uslugama³⁹.

U svakom slučaju, optimizacija efikasnosti prikupljanja podataka prepoznata je kao važan faktor koji doprinosi smanjenju troškova i doprinosi poboljšanju kvaliteta rada u zdravstvenom sistemu³⁴.

1.1.4.2 Kontrola kvaliteta (Quality control)

Ako hoćemo da govorimo o mehanizmima pomoću kojih se vrši kontrola merenja kvaliteta, pre svega možemo podeliti od njihove podelu na interne i eksterne.

Pod internom kontrolom kvaliteta podrazumevaju se mere i postupci koje obuhvataju procenu standarda i kvaliteta kliničke prakse od strane samih zdravstvenih radnika. Ova aktivnost se može sprovesti neposredno, svakodnevnim posmatranjem i analizom rada lekara, ali ona ima svoje limite, kako etičke, tako i finansijske, pa može pratiti samo pojedine segmente strukture i procesa. Posredna interna provera bi podrazumevala analizu medicinske dokumentacije, kao i direktne razgovore kako sa lekarima, tako i sa pacijentima i članovima njihovih porodica⁴⁰.

U ovu grupu metoda spada i ispitivanje zadovoljstva pacijenata pruženom zdravstvenom zaštitom.

Eksterna kontrola kvaliteta obuhvata mehanizme nastale u sistemu zdravstvene zaštite, kao što su akreditacija i vizitacija i mehanizme primarno nastale u industriji, a zatim implementirane u zdravstveni sistem, kao što su ISO standardi i menadžment sveukupnim kvalitetom⁴⁰, odnosno stalno unapređenje kvaliteta.

1.1.4.3 Stalno unapre enje kvaliteta (Continuos Quality improvement)

Od kada je uo eno da je kvalitet jedna od najvažnijih komponenti u sistemu zdravstvene zaštite, stalno unapre enje kvaliteta rada i bezbednosti pacijenata predstavljaju neizostavan deo aktivnosti u svakodnevnom radu svih profila zaposlenih u zdravstvenom sistemu. Ove aktivnosti podrazumevaju uvo enje kulture kvaliteta za sve interesne grupe, pre svega za korisnike i davaoce zdravstvenih usluga, ali istovremeno i za finansijere i donosioce odluka na razli itim nivoima. Efekat implementacije pomenutih aktivnosti ogleda se u sistemskom pristupu problemu, sa naglaskom na u enju iz prethodnih grešaka i modifikovanju sistema zdravstvene zaštite u smislu kontinuiranog smanjenja grešaka u daljem radu.

Prema definiciji, “stalno unapre enje kvaliteta predstavlja kontinuiran proces iji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i uspešnosti u radu, kao i ve e zadovoljstvo korisnika i davaoca zdravstvenih usluga“⁴¹.

Aktivnosti koje obezbe uju SUK usmerene su na tri razli ita nivoa.

Prvi nivo, makro nivo, podrazumeva implementaciju i sprovo enje mera na nivou zdravstvenog sistema u smislu obezbe ivanja nacionalne legislative i zakonske regulative u oblasti kvaliteta, bezbednosti pacijenta, zatim u smislu registracije i licenciranja medicinske opreme i lekova, u oblasti zdravstvenih tehnologija i u obezbe ivanju resursa neophodnih za sprovo enje kvalitetne kontinuirane medicinske edukacije zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika⁴⁰.

Drugi nivo, mezo nivo, odnosi se na aktivnosti koje se sprovode u okviru zdravstvenih ustanova i podrazumevaju niz razli itih, delom obaveznih, delom dobrovoljnih mehanizama kojima se procenjuje kvalitet. U grupu obaveznih mehanizama za procena kvaliteta spadaju aktivnosti koje sprovodi država kroz specifi ne agencije i druge institucije. Dobrovoljni mehanizmi se sprovode i organizuju u saradnji sa razli itim profesionalnim organizacijama.

Tre i nivo, odnosno mikro nivo, odnosi se na aktivnosti u okviru same kliničke prakse. Aktivnosti usmerene na ovaj segment obuhvataju kolegijalnu proveru, istraživanja o zadovoljstvu i očekivanjima korisnika zdravstvenih usluga, razvoj informacionih sistema, razvoj vodilaca dobre prakse, kao i veoma značajnu komponentu koja se odnosi na razvoj i definisanje pokazatelja kvaliteta⁴⁰.

Pokazatelji kvaliteta, indikatori kvaliteta, klinički indikatori kvaliteta su mere koje se koriste da se u jednom vremenskom intervalu odredi da li su izvršene funkcije procesa i ishoda. Oni predstavljaju element značajan za procenu procesa zdravstvene zaštite koji obuhvata sve važne aspekte zaštite, kao što su: efektivnost, jednakost, humanost i efikasnost. Pokazatelji kvaliteta su "kvantitativni pokazatelji koji se mogu koristiti za praćenje kvaliteta nege i lečenja pacijenata, ali i kao podrška aktivnostima zdravstvene zaštite"²⁶. Klinički pokazatelji nisu pre svega mera kvaliteta, već pre "ogledalo" pomoću kojeg identifikujemo određenu osobinu zdravstvene organizacije vrednu intenzivnog praćenja ili ispitivanja"⁴².

Ali oni jesu i "statistička mera koja obezbeđuje indikacije o određenom stanju, o izvršavanju definisanog procesa tokom određenog vremenskog perioda ili dostizanju definisanog ishoda. Indikator se može definisati i kao kvantitet koji ukazuje na kvalitet i uvek je izražen kao broj. Indikator je znak, zastavica, signal, pogled na granicu liniju. Može biti stražarni događaj, koji predstavlja pojedinačni, izuzetno značajan događaj (smrtni ishod, nesreća, sudski proces...) i koji zahteva neposredno istraživanje uzroka i stopa (uestalost infekcija, carskog reza, povreda...) koji se rutinski prati i periodično analizira, a kada odstupa od svojih prosečnih vrednosti, zahteva preduzimanje određenih akcija"⁴³.

"Pokazatelji kvaliteta rada zdravstvenih ustanova utvrđuju se prema nivoima zdravstvene delatnosti, vrstama zdravstvenih ustanova i medicinskim granama. Zdravstvene ustanove prate pokazatelje kvaliteta u zavisnosti od vrste zdravstvene ustanove i delatnosti koju obavljaju."²⁶

Članom 2 Pravilnika o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite precizirano je da "pokazatelji kvaliteta obuhvataju i pokazatelje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova, kao i pokazatelje kvaliteta koji se odnose na rad komisije za unapređenje kvaliteta rada, sticanje i

obnovu znanja i veština zaposlenih, vo enje lista ekanja, bezbednost pacijenata, zadovoljstvo korisnika uslugama zdravstvene službe i zadovoljstvo zaposlenih”²⁶.

Stalno unapre enje kvaliteta ima za cilj promovisanje vrednosti koje predstavljaju samu suštinu kvaliteta i njihovu implementaciju i regularnu primenu u okviru svakodnevnih aktivnosti svih zdravstvenih ustanova koje postoje u zdravstvenom sistemu. Te se vrednosti mogu opisati kroz slede e dimenzije⁴⁴.

1. Usmerenost na korisnika- pacijenta: zdravstvena zaštita koja se pruža korisniku, kreirana je prema njegovim specifi nim potrebama, a on je uklju en u svaki segment planiranja, analize i sprovo enja svog le enja.
2. Bezbednost obuhvata obezbe ivanje sistema zdravstvene zaštite u kome je bezbednost pacijenta primarni aspekt, što podrazumeva da je opasnost od negativnih doga aja tokom dijagnosti kih i terapijskih procedura minimalizovana. Ova aktivnost obezbe uje i ve u bezbednost za davaoce zdravstvenih usluga tokom pomenutih procedura. Ono što je zna ajno za ovaj segment je da se bezbednost odnosi, kako na potencijalne rizike u okviru samog zdravstvenog sistema, tako i na one koji mogu nastati iz njegovog okruženja.
3. Delotvornost zna i da je zdravstvena zaštita koja se pruža pacijentu za njega odgovaraju a i da se sprovedenom intervencijom postiže željeni ishod po njegovo zdravlje.
4. Pravovremenost podrazumeva da se odgovaraju a zdravstvena zaštita pruža pacijentu u vreme kada je registrovana potreba za njom, bez bespotrebnog ekanja.
5. Efikasnost ozna va da su na in pružanja zdravstvene zaštite i okruženje u kome se ona pruža, obezbe enina na in koji omogu va da se postigne najbolji nivo, kako u odnosu na uložen novac, tako i u odnosu na željeni ishod po zdravlje korisnika.
6. Pravi nost podrazumeva da postoji jednak pristup uslugama za sve korisnike u stanju zdravstvene potrebe, bez obzira na pol, etni ku i versku pripadnost, invaliditet, socijalno- ekonomske karakteristike i mesto stanovanja⁴⁰.

1.1.5 Bezbednost pacijenata

Još pre 2500 godina, Hipokrat je rekao da je potrebno: „kada su u pitanju bolesti, uiniti dve stvari- pomoći ili bar ne naneti štetu...“⁴⁵ i time postavio jedan od osnovnih postulata lekarske profesije.

Sa tehnološkim razvojem i uvođenjem složenih dijagnostičkih i terapijskih procedura u svakodnevnu lekarsku praksu, konstantno rastu i rizici od potencijalnih jatrogenih efekata koji mogu nastati tokom njihove primene. Profesor Chantler ističe da je „medicina ranije bila jednostavna, neefikasna i relativno bezbedna, a da je sada kompleksna, efikasna i potencijalno opasna“⁴⁶.

Bezbednost pacijenta se može definisati kao „smanjenje ili ublažavanje nebezbednih aktivnosti i radnji, u okviru zdravstvenog sistema, kao i kroz korišćenje najbolje prakse, što dovodi do optimalnih ishoda po pacijenta“⁴⁷.

Druga je rečeno, aktivnosti na obezbeđivanju bezbednosti pacijenta obuhvataju, identifikaciju, analizu i korekciju rizika, sa ciljem da se zdravstvena zaštita učini bezbednijom i da se rizici po zdravlje pacijenta svedu na minimum“¹⁰.

Neželjeni događaji, koji mogu nastati tokom pružanja zdravstvenih usluga pacijentu, su veoma važni markeri kvaliteta zdravstvene zaštite. Njihovo identifikovanje i proučavanje implicira promenu prakse koja je do tada bila zastupljena tokom rada, doprinosi smanjenju njihovog pojavljivanja, poboljšanju bezbednosti pacijenta i unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite⁴⁰.

Ovi događaji, koji se drugačije zovu jatrogene povrede, mogu se definisati i kao „nenamerne povrede ili štete po pacijenta, uzrokovane pruženom zdravstvenom zaštitom mnogo više nego samim procesom bolesti, a koje dovode do produženog boravka u bolnici, oboljevanja ili nesposobnosti pacijenata ili čak do smrtnog ishoda“⁴⁸.

U njih spadaju, pre svega, padovi pacijenata i intrahospitalne infekcije, koji širom sveta, čak i u najsavremenijim zdravstvenim ustanovama, veoma često predstavljaju gorući problem, zatim postoperativne infekcije, dekubitusi, postoperativna plućna embolija,

neželjeni događaji koji nastaju za vreme anestezije, tokom transfuzije krvi, greške u ordiniranju terapije, samoubistva na odeljenjima za mentalno zdravlje, kao i neekivani smrtni ishodi⁴⁰.

Prema podacima Joint Commission Center for Transforming Healthcare, desetina hiljada pacijenata godišnje padne u američkim bolnicama. Kao posledicu od ovih padova, veliki broj pacijenata zadobije umerene do teške povrede, usled kojih se, u proseku, broj bolničkih dana poveća za 6,3, a troškovi lečenja uvećaju, za oko 14 056 američkih dolara po pacijentu⁴⁹.

Prema istraživanju koje je sprovedla Rand Korporacija, uestalost pada u bolnicama u Americi se kreće od 1 do 9 na 1000 pacijenata i da se implementiranjem programa koji obuhvataju višekomponentne intervencije (podrška rukovodstvu, dodatno angažovanje zaposlenih, promena nihilističkog stava prema padovima...) ova uestalost može smanjiti i do 30%⁵⁰.

Jedan od primarnih ciljeva svih aktivnosti koje se sprovode u okviru zdravstvenog sistema, upravo je poboljšanje bezbednosti pacijenata.

Posmatrano u celini, jedan od glavnih aspekata u definisanju kvaliteta je pravilan odabir pristupa i metoda kojima će se on meriti. Zbog toga su istraživanja koja se bave ovom tematikom od neprocenjivog značaja i rezultati svake nove studije pobuđuju pažnju i osvetljavaju nove puteve u definisanju i izboru parametara, čijom će se kvantifikacijom smernice za unapređivanje kvaliteta rada u zdravstvenom sistemu dalje unapređivati.

1.2 Akreditacija

1.2.1 Definicije

U literaturi postoje brojne definicije akreditacije, od veoma jednostavnih do detaljnih^{7,51,18,52,53}. Segmenti koji su sadržani u velikom broju njih, odnose se, sa jedne strane, na dostizanje definisanih akreditacionih standarda, a sa druge strane, na identifikaciju i kvantifikaciju nivoa do kog su ti standardi zadovoljeni.

Prema Pravilniku o akreditaciji zdravstvenih ustanova, "akreditacija jeste postupak ocenjivanja kvaliteta rada zdravstvene ustanove, na osnovu primene optimalnog nivoa utvr enih standarda rada zdravstvene ustanove u odre enoj oblasti zdravstvene zaštite, odnosno grani medicine"⁵⁴.

U stru noj literature se još mogu na i definicije poput ove koja kaže da je "akreditacija proces tokom kog se organizacija procenjuje u pore enju sa nizom profesionalnih standarda"^{51,18}; ili slede e, prema kojoj "akreditacija predstavlja rigorozan eksterni evaluacioni proces koji uklju uje samoprocenjivanje u odnosu na set standarda, istraživanje na licu mesta, koje je pra eno pisanjem izveštaja i ocenom da li je institucija prošla akreditaciju i za koji period"⁵².

U definiciji koju je dala Zajedni ka internacionala komisija za akreditaciju (JACHO), kaže se da akreditacija podrazumeva proces u kome spoljna organizacija (obi no nevladina) procenjuje datu instituciju, sa ciljem da proceni koliko ona odgovara profesionalnim standardima dizajniranim da poboljšaju kvalitet zdravstvene zaštite⁵³.

Jaafaripooyan i saradnici, u svom istraživanju navode, da se akreditacija može posmatrati i kao upravljaki mehanizam u zdravstvu, koji ima odre eni uticaj na društvo u celini⁵⁵.

Prisutna su i mišljenja o tome da programi za akreditaciju imaju ključnu ulogu kada se govori o pra enju kvaliteta i izvrsnosti rada u bolni koj zaštiti⁵⁶.

Akreditacija predstavlja i javno priznanje zdravstvenoj ustanovi za dostignu akoja su u skladu sa nacionalnim standardima”².

Paralelno sa porastom uticaja agencija koje se bave sprovo enjem akreditacionih programa u raznim državama širom sveta, po ela su i nau na istraživanja o ispitivanju efekata akreditacionih programa na unapre enje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova i bezbednost pacijenata.

1.2.2 Istorijat

Smatra se da aktivnosti u vezi sa akreditacijom zapo inju 1917. godine, kada je Udruženje hirurga u SAD publikovalo “Minimum standarda za bolnice“.

Ipak, formalni po etak akreditacije vezuje se 1951.godinu kada je, tako e u SAD, osnovana JACHO– Zajedni ka komisija za akreditaciju zdravstvenih organizacija. Aktivnosti u ovoj oblasti su se, šezdesetih i sedamdesetih godina XX veka proširile na podru je Kanade i Australije, a zatim i na niz drugih zemalja u kojima se kontinuirano sprovodi⁷.

1.2.3 Akreditacija u Srbiji

Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, osnovana je odlukom Vlade Republike Srbije, u oktobru 2008.godine, kao organizacija iji je zadatak obavljanje stru nih, regulatornih i razvojnih poslova u procesu akreditacije zdravstvenih ustanova u Republici Srbiji. Osnivanje Agencije zasnovano je na Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2005. godine, (lan 213-218), Zakonu o zdravstvenom osiguranju (lan 178) i Zakonu o javnim agencijama iz 2005. godine. Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije je operativno po ela sa radom u julu 2009. godine, a njena delatnost, definisana u skladu sa zakonom, obuhvata slede e:

1. utvr ivanje standarda za akreditaciju zdravstvenih ustanova
2. procenu kvaliteta pružene zdravstvene ustanove stanovništvu

3. rešavanje u upravnim stvarima o akreditaciji zdravstvenih ustanova
4. izdavanje javnih isprava o akreditaciji (sertifikata)
5. vođenje evidencije o izdatim sertifikatima

Suštinu akreditacije predstavljaju standardi za akreditaciju, koji su razvijeni i predloženi od strane zdravstvenih profesionalaca, kroz zajednički Projekat Ministarstva zdravlja i Svetske banke: „Razvoj zdravstva Srbije“.

U skladu sa članom 215, stav 1. tačka 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije vodi evidencije o izdatim sertifikatima. Iz toga se vidi da je u periodu od stupanja na snagu Standarda za akreditaciju zdravstvenih ustanova ("Sl. glasnik RS", br. 28/11 od 26. aprila 2011. godine) kada je Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije počela da vrši akreditaciju kao povereni posao državne uprave, pa do kraja marta 2015. godine, izdato 128 sertifikata o akreditaciji zdravstvene ustanove i to 105 sertifikata za ustanove primarne zdravstvene zaštite i 23 sertifikata za ustanove sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite⁵⁷.

Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije trenutno ima razvijene programe za akreditaciju zdravstvenih ustanova primarnog i sekundarnog nivoa. Njena glavna uloga je da kroz sprovođenje procesa akreditacije zdravstvenih ustanova kontinuirano pomaže zaposlenima da upravljaju razvojem institucija u kojima rade i pruža podršku za stalno unapređenje kvaliteta rada tih zdravstvenih ustanova i bezbednost pacijenata⁵⁷.

Sam proces akreditacije se sastoji iz više različitih i precizno definisanih faza, tokom kojih ustanova, koja je aplicirala za dobijanje sertifikata, kontinuirano radi na unapređenju svih aktivnosti koje se u njoj sprovode, od samog pružanja usluga zdravstvene zaštite, pa do organizacionih i menadžerskih postupaka i koraka koji su deo svakodnevnog rada.

Glavni segmenti ovog procesa obuhvataju:

1. Prijavu za akreditaciju- zahtev za akreditaciju
2. Pripremu za akreditaciju

3. Samoocenjivanje
4. Spoljašnje ocenjivanje (procena od strane spoljašnjih ocenjiva a koji istupaju ispred Agencije za akreditaciju)
5. Dodeljivanje akreditacijskog statusa
6. Kontinuiranu procena i pra enje izvršenja plana za unapre enje kvalitetan (održavanje ste ene akreditacije)⁵⁷

Akreditacija zdravstvenih ustanova u Republici Srbiji nije obavezna, ve dobrovoljna i vrši se na zahtev zdravstvene ustanove. Sprovodi se u vremenski ograni enom periodu, a dostupna je kako privatnom, tako i javnom sektoru. Troškove potrebne za sprovo enje akreditacije snosi zdravstvena ustanova koja je podnela zahtev⁵⁴.

Nakon završenog procesa akreditacije, zdravstvena ustanova poseduje detaljne procedure upravljanja rizicima u okviru itave organizacije, koji obezbe uju maksimalnu sigurnost pacijentu, a u praksu se uvodi i aktivno traganje za problemima koji mogu nastati tokom pružanja usluga zdravstvene zaštite i prisutna je konstantna težnja da se oni prevazi u².

1.2.4 Ciljevi akreditacije

Akreditacija presvega ima za cilj da unapredi kvalitet zdravstvene zaštite koja se korisnicima usluga pruža u jednoj zdravstvenoj ustanovi. Pored toga, kao suštinski cilj akreditacije, izdvaja se podizanje bezbednosti pacijenata na viši nivo.

Akreditacija doprinosi obezbe ivanju delotvornog i isplativog pružanja zdravstvenih usluga i stvaranju jednakih ili približnih uslova za pružanje zdravstvenih usluga u celom sisitemu zdravstvene zaštite. Ona ima za cilj i uspostavljanje poverenja korisnika u sistem zdravstvene zaštite, kao i unapre enje celokupnog menadžmenta u zdravstvu².

1.2.5 Aktuelna istraživanja o povezanost akreditacije i kvaliteta

Poboljšanje bezbednosti pacijenata i obezbeivanje sigurnije i kvalitetnije zdravstvene zaštite predstavljaju veoma važne aktivnosti, koje se sprovode u okviru zdravstvenih sistema širom sveta. Sve interesne grupe, počevši od zdravstvenih radnika, pa preko lidera zdravstvenih organizacija i kreatora zdravstvene politike, imaju za cilj da definišu i usvoje standardizovane procedure, koje bi omogućile vrednovanje kvaliteta rada neke zdravstvene ustanove.

Programi za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite su uglavnom kompleksni i zahtevni za primenu, traže značajna finansijska ulaganja i vreme, pa je stoga sve češće preispitivanje njihovih stvarnih efekata na poboljšanje kvaliteta^{6,7,33}.

Akreditacija je značajan primer takvih programa i predstavlja nezavisni mehanizam za pregled i procenu kvaliteta rada zdravstvenih institucija¹.

Sama činjenica da se sprovodi u razvijenim državama širom sveta i da je zastupljena u tolikoj meri, prema nekim autorima, predstavlja opipljiv signal koji ukazuje na to koliko je važna za unapređenje kvaliteta i bezbednosti zdravstvene zaštite⁵⁸.

Konstantni porast zainteresovanosti za akreditaciju može se delom pripisati i sve prisutnijoj povećanoj svesti celokupne javnosti o slabim tačkama zdravstvene zaštite koje se ogledaju, pre svega, u oblasti medicinskih grešaka i bezbednosti pacijenata⁵⁹.

Međutim, svrsishodnost akreditacije je ipak tema o kojoj se često diskutuje među svim zainteresovanim akterima koji učestvuju u ovom procesu⁶⁰.

S obzirom na troškove koje akreditacija nosi sa sobom, zdravstvenim ustanovama su neophodne validne procene, koje bi mogle da pomognu u odluci da li novac, koji može da se upotrebi za druge aktivnosti, vredi uložiti u akreditaciju u smislu isplative dugoročne investicije koja doprinosi unapređenju kvaliteta rada⁶¹.

Zbog ograničenja do sada sprovedenih studija, u literature se ne može naći dovoljno dokaza o efektima akreditacije na kvalitet zdravstvene zaštite³, tako da u vezi sa

pitanjem koje se odnosi na to da li akreditacija doprinosi poboljšanju kvaliteta rada u zdravstvu, u stručnoj javnosti postoje suprotstavljena mišljenja.

Na jednoj strani su autori koji smatraju da je unapređenje kvaliteta utkano u proces akreditacije^{62,1,63} i to tako što:

1. standardi akreditacije podstiču ustanovu da dostigne kvalitet
2. akreditaciona tela periodično revidiraju standarde, prate i nova saznanja

Na taj način i pacijenti dobijaju maksimum onoga što nauka zna i primenjuje. To je direktan doprinos kvalitetu i bezbednosti pacijenta.

Autori sa ovakvim stavom tvrde da akreditacija poboljšava ishod zaštite u širokom spektru kliničkih stanja⁷.

Prema drugim autorima, sama suština akreditacije je više da stimuliše kontinuirano unapređenje kvaliteta, nego da obezbedi minimalni nivo kvaliteta zdravstvene zaštite⁶⁴.

S obzirom na činjenicu da zdravstveni sistemi danas funkcionišu u okruženju brzih društvenih, ekonomskih i tehnoloških promena, koji obuhvataju restrukturiranje ekonomske i socijalne politike, globalizaciju tržišta i poboljšanje komunikacije, nastavak ovakvog trenda se očekuje i u bliskoj budućnosti. U skladu sa tim je i procena SZO, prema kojoj "akreditacija može biti najvažniji pristup za poboljšanje kvaliteta strukture zdravstvene zaštite"⁶⁵. Ona predstavlja važan mehanizam koji omogućava procenu u inku rada zdravstvenih ustanova i dovodi do poboljšanja kvaliteta i bezbednosti pruženih zdravstvenih usluga⁶⁶.

Uticaj akreditacionih programa na rad bolnica može se sagledavati kroz različite efekte. Pre svega možemo govoriti o neposrednim rezultatima koji su vidljivi momentalno i nastaju već u toku same pripreme za akreditaciju, zatim imamo dugoročne rezultate i pored toga, indirektno rezultate procesa akreditacije. Unapređivanje usklađenosti rada bolnice sa standardima akreditacionih programa, zapravo je najopipljiviji dokaz efikasnosti tih programa⁶⁷.

Devers i saradnici navode, da je veoma značajno naglasiti, da se pravi efekti akreditacije mogu sagledati kroz njen kapacitet da unapredi kvalitet zaštite i bezbednost

pacijenta i u tom smislu isti u da su od izuzetnog značaja studije koje se bave istraživanjima koja obuhvataju pranje promena u ovim segmentima pre i posle procesa akreditacije, kao i razlika koje se mogu javiti pranje rada akreditovanih i neakreditovanih bolnica⁶⁸.

Jaafaripooyan i saradnici tako e isti u da se efekti akreditacije najbolje reflektuju analizom iz dva različita ugla: sa jedne strane, pranje parametara kvaliteta rada bolnice u periodima pre i posle akreditacije i sa druge strane, pranje parametara kvaliteta između akreditovane i neakreditovane bolnice⁵⁵.

U okviru projekta „Produblivanje našeg razumevanja poboljšanja kvaliteta u Evropi“, sprovedena je studija koja je ispitivala efikasnost sistema poboljšanja kvaliteta u evropskim bolnicama. U studiju su bile uključene nasumično izabrane bolnice iz različitih država, koje imaju preko 120 kreveta. Prilikom procene o tome koja od bolnica e biti uključena u studiju, a koja ne, uzimane su u obzir i neke druge karakteristike. Informacije koje su spoljašnji ocenjivači prikupljali odnosile su se na akreditaciju i sertifikaciju bolnice, kao i na menadžment kvalitetom pružanja kliničkih usluga u oblasti zbrinjavanja akutnog infarkta miokarda, moždanog udara i preloma kuka, kao i u oblasti pružanja usluga koje su u vezi sa poročajem. Spoljašnji ocenjivači su informacije prikupljali tokom 1,5 dana koji su proveli u bolnicama⁶⁹. Rezultati studije su pokazali viši nivo kvaliteta pruženih usluga i bolju bezbednost pacijenata sa moždanim udarom i infarktomiokarda, u bolnicama koje su imale akreditaciju i sertifikaciju⁷⁰.

Od posebnog značaja, za ovu oblast, su i nacionalne studije koje istražuju povezanost akreditacije i kvaliteta. Jedna od takvih studija, sprovedena je u Danskoj, u periodu o 2009. do 2012. godine, a ispitivala je da li postoji razlika koja se odnosi na smrtnost unutar 30 dana od prijema pacijenata u bolnicu, između potpuno akreditovanih i delimično akreditovanih bolnica. Rezultati su pokazali da je smrtnost unutar 30 dana od prijema u bolnicu niža u potpuno akreditovanim bolnicama, nego u bolnicama koje su delimično akreditovane⁷¹.

Postoje različiti faktori koji uti u na akreditaciju i efekte njene primene. Neki od veoma značajnih su, prema Greenfieldu i saradnicima, kriterijumi za izbor novih ocenjivača a procesa akreditacije, kao i kvalitet njihove obuke⁷².

U drugom istraživanju koje su sproveli, Greenfield i saradnici tako e navode da je jedno od veoma kriti nih pitanja, koja se odnose na proces akreditacije, pouzdanost samoocenjiva a u akreditovanim programima⁷³.

U slede u grupa faktora koji uti u na akreditaciju i efekte njene primene, svrstavaju se standardi za akreditaciju. Osim što je neophodno da budu primereni za odre enu zdravstvenu instituciju i definisani u skladu sa eventualnim specifi nostima zdravstvenih usluga koje ona pruža, neophodno je i da se kontinuiranu modifikuju i uskla uju sa napretkom u zdravstvu⁷⁴.

Dalje pretraživanje literature skre e pažnju i na injenicu da postoje grupe autora sa više rezervisanosti u pogledu uticaja akreditacije na kvalitet.Ta rezervisanost poti e iz injenice da ne postoji dovoljan broj radova koji bi mogao da dokumentuje uticaj akreditacije na kvalitet kao i mehanizam tog uticaja^{33,51,75}.

U tom smislu je zna ajno injenica da agencije za akreditaciju kontinuirano revidiraju svoje programe i standarde i uvode nove metode⁷⁶, jer bi to, osim što unapre uje rad samih agencija, moglo biti i inspiracija za nova istraživanja u ovoj oblasti, a samim tim i za prikupljanje novih dokaza o povezanosti akreditacije sa unapre enjem kvaliteta rada zdravstvenih insitucija i bezbednosti pacijenta.

Greenfield i Braithwaite izražavaju svoju nedoumicu i u vezi sa nivoom transparentnosti koje e agencije za akreditaciju biti spremne da pokažu kada je iznošenje rezultata u pitanju. Oni navode da je izazov za agencije za akreditaciju da objave svoje istraživa ke protokole i svoje, kako pozitivne, tako i negativne rezultate u literature koja podleže recenziji¹.

Prisutne su i grupe autora koji smatraju da se uticaj akreditacije na kvalitet može zapaziti neposredno nakon završenog procesa, ali da vremenom, taj uticaj prestaje⁷⁷.

Dominantan utisak koji se sti e uvidom u pojedina istraživanja o akreditaciji je da u bolnicama, u izvesnoj meri, nastupaju odre ene promene tokom priprema za akreditaciju, u smislu organizacionih promena i bolje uskla enosti sa preporu enim smernicama i standardima, ali da nema dokaza o tome da akreditacija doprinosi poboljšanju kvaliteta zdravstvene zaštite koja se pruža korisnicima⁷⁸.

Iz tog razloga, neophodno je sprovesti nove studije, na osnovu kojih se mogu izvesti konkretni uzroci i posledice o direktnom uticaju akreditacije na kvalitet i bezbednost pacijenata, a u okviru kojih se vrši dinamička analiza fokusirana na efekte akreditacije tokom vremena⁶¹.

I pored toga što su programi akreditacije prihvaćeni kao važan pokretač za poboljšanje kvaliteta i bezbednosti u zdravstvenim organizacijama, transparentan pregled različitih aspekata akreditacije i objavljivanje dobijenih rezultata, nisu postali standard¹. To može biti jedan od razloga koji doprinose činjenici da zdravstveni radnici često, izražavaju značajnu skepsu u odnosu na efekte procesa akreditacije. Neki od njih smatraju ovaj proces akreditacije zahtevnim, birokratizovanim i skupim, sa primenom marketinških metoda i strategija⁷⁹.

Međutim, zaključci studije koja je sprovedena u Australiji, a koja se bavila istraživanjem u vezi sa pitanjem šta je to što motiviše zdravstvene profesionalce da se uključe u proces akreditacije zdravstvene ustanove, su drugačiji. Prema njima, zdravstveni profesionalci su veoma motivisani za zajednički angažman sa kolegama koji će doprineti unapređenju rada. Njihova zainteresovanost da učestvuju u procesu akreditacije raste i zahvaljujući benefitima od prethodnog angažmana. Studija je pokazala da učesnici u procesu akreditacije na ovaj način, zaposleni promovisu i unapređuju kulturu kvaliteta na način koji prevazilazi profesionalne zahteve. Ovaj uvid u motivisanost zaposlenih sugeriše da se novi pristup može upotrebiti i kada je upitanju promovisanje sticanja novih znanja i unapređenja rada među zaposlenima. Greenfield i Braithwaite su sproveli i istraživanje o uticaju akreditacije na deset različitih parametara i rezultati su pokazali pozitivan uticaj samo na dva, a to su promovisanje promena i stručno usavršavanje⁸¹.

Generalno gledano, od izuzetnog je značaja za validnost studija u kojima se ispituju stavovi zdravstvenih radnika, da se oni tokom istraživanja ne opterete dodatnim obavezama. S obzirom na prirodu posla koji obavljaju i vremenska ograničenja kojima su u skladu sa tim, ispitivanje stavova zdravstvenih radnika i prikupljanje komentara koji se odnose na evaluaciju akreditacije, metodom anketiranja pomoću otvorenog upitnika, smatra se adekvatnim pristupom u istraživanju. Sa druge strane, Jaafari i saradnici dalje

navode, da je komunikacija putem elektronske pošte, je metod izbora za komunikaciju sa ekspertima koji se bave akreditacijom⁵⁵.

Iako akreditacije predstavlja proces usmerena obezbeivanje i kontinuirano unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite koja se pruža u zdravstvenim institucijama, još uvek nedostaju jaki empirijski dokazi na osnovu kojih se može proceniti njen stvarni uticaj na poboljšanje kvaliteta zdravstvenih usluga i bezbednost pacijenta. Zbog toga je neophodno nastaviti sa istraživanjima, koja će omogućiti prikupljanje novih dokaza o uticaju akreditacije na kvalitet i koja će dati jasnije smernice o putu kojim je potrebno i u budućnosti, u smislu dostizanja maksimalnog kvaliteta za svaku zdravstvenu ustanovu pojedinačno, a u skladu sa uslovima u kojima ona egzistira.

2.0 CILJEVI ISTRAŽIVANJA

1. Procena razlike u kvalitetu rada dve bolnice od kojih je jedna akreditovana, a druga ne
2. Utvrditi koje dimenzije kvaliteta se menjaju nakon akreditacije
3. Ispitati znanje, stavove i o ekivanja zdravstvenih radnika prema procesu akreditacije
4. Ispitati stepen zadovoljstva korisnika bolni kom zdravstvenom zaštitom prema akreditaciji

3.0 METOD RADA

U okviru doktorske disertacije, sprovedeno je istraživanje u dve beogradske bolnice, od kojih je jedna akreditovana, a druga nije i ono obuhvata: Studiju ispitivanja stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji i Analizu pokazatelja kvaliteta

3.1 Studija ispitivanja stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji

Studija o ispitivanju stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji, dizajnirana je kao opservaciona studija i sprovedena je u februaru mesecu 2016. godine.

3.1.1 Subjekti istraživanja

Istraživanje je obuhvatilo anketiranje dve grupe ispitanika, pri čemu su prvu, eksperimentalnu grupu, činili zaposleni zdravstveni radnici u bolnici u kojoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj je sprovedena akreditacija (KBC A*), dok su drugu, kontrolnu grupu činili zdravstveni radnici zaposleni u bolnici u kojoj ustanovi u kojoj akreditacija nije sprovedena (KBC B**).

Anketiranje zdravstvenih radnika je obavljeno tokom jednog dana. Upitnici (Prilog 1) su podeljeni na svim odeljenjima. Predviđeno vreme za popunjavanje upitnika po svakom anketiranom zdravstvenom radniku bilo je 10 minuta.

3.1.2 Instrument za prikupljanje podataka

U istraživanju je, kao instrument za prikupljanje podataka o stavovima zdravstvenih radnika o akreditaciji, korišćen upitnik.

*KBC A je KBC Zvezdara

**KBC B je KBC Zemun

Cilj upitnika je da se ispituju znanje i stavovi zdravstvenih radnika u vezi sa procesom akreditacije, kao i da se uporede njihovi stavovi u vezi sa uticajem akreditacije na proces i kvalitet zdravstvene zaštite koja se pruža u bolnicama.

Tematski okvir za upitnik kreiran je se na osnovu literature, ali je sam upitnik dizajniran neposredno za potrebe izrade doktorske disertacije.

U strukturi upitnika se izdvajaju dva bloka. Prvi blok obuhvata opšte podatke o anketiranoj osobi i sadrži tri pitanja od kojih su dva sa višestrukim izborom, dok je za godine starosti naznačeno da ih ispitanici sami upisuju.

Drugi blok se sastoji od 23 pitanja o stavovima zdravstvenih radnika u vezi sa procesom akreditacije, njenim uticajima na organizaciju, planiranje, realizaciju, komunikaciju na svim nivoima, profesionalnu afirmaciju i zadovoljstvo zaposlenih, kao i na kvalitet zdravstvene zaštite u ustanovi.

Odgovori na pitanja u drugom delu upitnika, definisani su ordinalnom, trostepenom, silaznom Likertovom skalom (od 0-2), kojom se izražava stepen slaganja zdravstvenih radnika sa jednim od gradusa ordinalne skale (0- slažem se; 1-niti se slažem, niti se ne slažem; 2-ne slažem se).

3.1.3 Pravno-etički aspekti

Anketiranje zdravstvenih radnika u obe ustanove imalo je anonimni karakter. U uputstvu koje im je dato, naznačeno je da je pristanak za istraživanje implicitan, dakle popunjen i vraćen upitnik podrazumeva i njihov dobrovoljni pristanak za učestvovanje u studiji.

Studija je odobrena od strane direktora ustanova (Prilog 2 i Prilog 3) i etičkih odbora ustanova (Prilog 4 i Prilog 5) u kojima je istraživanje sprovedeno.

3.1.4 Kriterijumi za uključenje ili neuklučenje u studiju

U studiju su uključeni: zaposleni zdravstveni radnici (lekari ili medicinske sestre/zdravstveni tehničari), u KBC A ili KBC B, koji su dobrovoljno pristali da učestvuju u studiji.

U studiju nisu uključeni ispitanici koji su imali višestruko popunjene odgovore u upitniku stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji ili ispitanici koji su predali upitnike sa nedostajućim odgovorima.

3.2 Analiza pokazatelja kvaliteta u dve bolnice

Istraživanje je dizajnirano kao kvazi-eksperimentalno istraživanje razlike-u-razlici (engl. "difference-in-difference" - DID) između u dve grupe hronološki poređanih podataka i obuhvatilo je sledeće aktivnosti:

1. procenu razlika u indikatorima kvaliteta između ustanova za ceo period praćenja (faktor ustanova);
2. procenu trenda variranja vrednosti izabranih pokazatelja kvaliteta, za period od 2007- 2015. godine (faktor godina);
3. procenu direktnog uticaja aktivnosti povezanih sa akreditacijom na vrednosti praćenih indikatora kvaliteta (interakcija faktora godina × ustanova).

Podaci predstavljaju indeksirane vrednosti prema pokazateljima kvaliteta iskazanim na godišnjem nivou za period od 2007. godine do 2015. godine, a koji su komparativno procenjeni između u dve zdravstvene ustanove. Prva ustanova je bolnica ustanova KBC A, u kojoj je 2014.godine sprovedena akreditacija i ona predstavlja eksperimentalni uzorak. U komparativnoj bolnici ustanovi, KBC B, koja predstavlja kontrolni uzorak, akreditacija u istavom istraživačkom periodu nije sprovedena.

U selekciji ustanova u kojima je istraživanje sprovedeno rukovodili smo se činjenicama da je u trenutku započinjanja istraživanja, KBC A bila bolnica ustanova

sakompletno sprovedenom akreditacijom svih organizacionih segmenata statutarно i sistematizacijom utvrđeni, dok je KBC B, izabran kao ustanova koja još uvek nije započela proces akreditacije.

3.2.1 Varijable

Posmatrano je 20 indikatora kvaliteta u eksperimentalnom uzorku (KBC A) i to, na nivou ustanove, na Klinici za internu medicinu i na Klinici za hirurgiju, kao pokazatelji koji se odnose na bezbednost pacijenata. Izabrani indikatori su pronađeni i u okviru podudarnih organizacionih celina kontrolnog uzorka (KBC B).

Kvalitet za nivo ustanove je analiziran poređenjem 5 pokazatelja kvaliteta koji su prikazani u Tabeli 1.

Tabela 1: Pronađeni pokazatelji kvaliteta za nivo ustanove

Redni broj	Naziv pokazatelja kvaliteta	Postupak izračunavanja pokazatelja kvaliteta	Šta pokazatelj meri
1.	Stopa ukupnog letaliteta	Broj lica umrlih posle prijema u bolnicu podeljen sa brojem lečenih u istoj bolnici i pomnožen sa 100	Ishod
2.	Procenat umrlih u toku prvih 48h od prijema	Broj umrlih u toku prvih 48 sati posle prijema u bolnicu i podeljen sa brojem umrlih u istoj bolnici pomnožen sa 100	Ishod
3.	Prosečna dužina bolničkog lečenja na nivou ustanove	Ukupan broj dana bolničkog lečenja podeljen sa brojem bolničkih epizoda u određenom vremenskom periodu	Ishod
4.	Prosečna dužina čekanja na zakazani prvi pregled za nivo ustanove	Zbir svih dužina čekanja na zakazani prvi pregled podeljen sa brojem zakazanih pacijenata	Efikasnost
5.	Podudarnost kliničke i obdukcione dijagnoze	Broj kliničkih dijagnoza koje su potvrđene obdukcionim nalazom podeljen sa ukupnim brojem vraćenih izveštaja o obdukciji i pomnožen sa 100	Efikasnost

Bezbednost pacijenata je analizirana posmatranjem tako e pet pokazatelja kvaliteta prikazanih u Tabeli 2.

Tabela 2: Pra eni pokazatelji kvaliteta koji mere bezbednost

Redni broj	Naziv pokazatelja kvaliteta	Postupak izra unavanja pokazatelja kvaliteta	Šta pokazatelj meri
1.	Stopa pacijenata sa dekubitusom	Broj pacijenata kod kojih je tokom bolni kog le enja došlo do pojave dekubitusa L 89 prema Me unarodnoj klasifikaciji bolesti 10. revizija podeljeno sa brojem ispisanih pacijenata pomnožen sa 1000	Bezbednost
2.	Stopa padova	Broj svih padova pacijenata nastalih tokom hospitalizacije u zdravstvenoj ustanovi podeljeno sa brojem dana hospitalizacije u zdravstvenoj ustanovi i pomnožen sa 1000	Bezbednost
3.	Incidenca bolni kih infekcija	Broj bolni kih infekcija na jedinici intenzivne nege podeljen sa brojem hospitalizovanih pacijenata na tom odeljenju u izveštajnom periodu i pomnožen sa 100	Bezbednost
4.	Stopa trombo-embolijskih komplikacija	Broj pacijenata sa tromboembolijskim komplikacijama T80.1 prema Me unarodnoj klasifikaciji bolesti 10.revizija podeljen sa brojem ispisanih bolesnika pomnožen sa 1000	Bezbednost
5.	Stopa ponovljenih operacija u istoj regiji	Broj ponovljenih operacija u istoj regiji podeljen sa brojem operisanih pacijenata pomnožen sa 1000	Bezbednost

Kvalitet na Klinici za internu medicinu analiziran pore enjem 6 pokazatelj kvaliteta koji su prikazani u Tabeli 3.

Tabela 3: Pra eni pokazatelji kvaliteta na internisti kim odeljenjima

Redni broj	Naziv pokazatelja kvaliteta	Postupak izra unavanja pokazatelja kvaliteta	Šta pokazatelj meri?
1.	Stopa internisti kog letaliteta	Broj lica umrlih na odeljenjima internisti kih grana medicine posle prijema na odeljenje podeljen sa brojem le enih na tim odeljenjima i pomnožen sa 100	Ishod
2.	Prose na dužina bolni kog le enja na internom	Ukupan broj dana bolni kog le enja na odeljenjima internisti kih grana medicine podeljen sa brojem hospitalizacija na tim odeljenjima	Ishod
3.	Stopa letaliteta od akutnog infarkta miokarda	Broj bolesnika umrlih od infarkta miokarda od I 21 do I 22 na odeljenjima internisti kih grana medicine posle prijema na odeljenje podeljen sa brojem le enih od ove bolesti na tim odeljenjima i pomnožen sa 100	Ishod
4.	Prose na dužina bolni kog le enja pacijenata sa akutnim infarktom miokarda	Ukupan broj dana bolni kog le enja pacijenata sa akutnim infarktom miokarda od I 21 do I 22 na odeljenjima internisti kih grana medicine podeljen sa brojem hospitalizacija od infarkta miokarda na tim odeljenjima	Ishod
5.	Stopa letaliteta od cerebro-vaskularnog insulta	Broj bolesnika umrlih od cerebrovaskularnog insulta od I 60 do I 64 na odeljenjima internisti kih grana medicine posle prijema na odeljenje podeljen sa brojem le enih od ove bolesti na tim odeljenjima i pomnožen sa 100	Ishod
6.	Prose na dužina bolni kog le enja od cerebro-vaskularnog insulta	Ukupan broj dana bolni kog le enja pacijenata sa cerebrovaskularnim insultom od I 60 do I 64 na odeljenjima internisti kih grana medicine podeljen sa brojem bolni kih hospitalizacija od cerebrovaskularnog insulta na tim odeljenjima	Ishod

Na Klinici za hirurgiju su pronađeni četiri pokazatelja kvaliteta prikazana u Tabeli 4.

Tabela 4: Pronađeni pokazatelji kvaliteta na hirurškim odeljenjima

Redni broj	Naziv pokazatelja kvaliteta	Postupak izračunavanja pokazatelja kvaliteta	Šta pokazatelj meri?
1.	Stopa letaliteta na hirurgiji	Broj umrlih lica posle prijema na odeljenja hirurških grana medicine podeljen sa brojem lečenih na tim odeljenjima i pomnožen sa 100	Ishod
2.	Prosečna dužina bolničke lečenja na hirurgiji	Ukupan broj dana bolničke lečenja na odeljenjima hirurških grana medicine podeljen sa brojem hospitalizacija na tim odeljenjima	Ishod
3.	Prosečan broj operisanih pacijenata u opštoj, regionalnoj i lokalnoj anesteziji po hirurgu	Broj operisanih pacijenata u opštoj, regionalnoj i lokalnoj anesteziji u hirurškim salama podeljen sa brojem hirurga uključujući u operativni program zdravstvene ustanove	Efikasnost
4.	Prosečna dužina čekanja na zakazan prvi pregled kod hirurga	Zbir svih dužina čekanja na zakazan prvi pregled kod hirurga podeljen sa brojem zakazanih pacijenata	Efikasnost

Zadovoljstvo korisnika zdravstvene zaštite/pacijenata analizirano je na osnovu podataka iz ankete o zadovoljstvu pacijenata, pri čemu je poređeno zadovoljstvo korisnika bolničke zaštite u celini.

3.2.2 Izvori podataka

Kao izvori podataka, korišćeni su godišnji izveštaji o indikatorima kvaliteta, produktivnost (mere) izvršenja i analize ankete o zadovoljstvu korisnika zdravstvene zaštite i zaposlenih.

Podaci su dobijeni sa internet stranice Gradskog zavoda za zaštitu zdravlja, kom su zdravstvene ustanove, sa teritorije Beograda, dužne blagovremeno da dostave izveštaje za svaku kalendarsku godinu⁸².

3.2.3 Pravno-eti ki aspekti

Prilikom prezentovanja rezultata, u samom tekstu teze nisu navo eni nazivi ustanova ve su rezultati prikazani za akreditovanu ustanovu pod nazivom KBC A, a za neakreditovanu ustanovu pod nazivom KBC B.

Studija je odobrena od strane direktora ustanova (Prilog 2 i Prilog 3), kao i od strane eti kih odbora ustanova u kojima je istraživanje sprovedeno (Prilog 4 i Prilog 5)

3.3 Statisti ki metod

Skupovi numeriki podataka opisani su aritmetikom sredinom kao merom centralne tendencije i standardnom devijacijom kao merom variranja skupa podataka. Podaci za kategorijske varijable opisane su u estaloš u i procentualno.

Od metoda inferencijalne statistike za procenu konstrukcione i sadržinske validnosti Upitnika stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji, koriš ena je analiza glavnih komponenti. Relijabilnost ekstrahovanih komponenti i ukupna relijabilnost svih pitanja procenjena je Kronbahovim koeficijentom alfa. Pri ekstrakciji komponenti, eliminisana su pitanja sa komunalitetima manjim od 0.5. Prihvaten minimalni nivo Kaiser-Meyer-Olkin-ove mere adekvatnosti je bila je 0.80, sa minimalno objašnjenom ukupnom varijansom od 0.70. Prihvateni najniži nivo Kronbahovog koeficijenta alfa bio je 0.7. Za procenu razlika u numerikim kontinuiranim varijablama izme u razli itih grupa, koriš en je Student t test, dok je metod multinominalne logisti ke regresije koriš en za procenu povezanosti sa odgovaraju im nominalnim ishodima. Za procenu razlika u distribucijama u estalosti po modalitetima nominalnih varijabli koriš en je 2- test. Statisti ka obrada podataka ura ena je u statistikom paketu IBM SPSS Statistics 20, Njujork, SAD.

Procena razlika u hronološki urenim podacima po pokazateljima kvaliteta izmeđ u dve Ustanove ura ena je metodom “razlike u razlici”, odnosno tzv. “difference-in-difference” (DiD) metodom”. U osnovi DID metoda je korišćenje multiple regresije sa tri prediktora: (a) vreme; (b) intervencija i (c) interakcija intervencija \times vreme. Prihvataeni minimalni nivo značajnosti bio je 0.05. Statistička obrada podataka ura ena je u statističkom paketu IBM SPSS Statistics 20, Njujork, SAD.

3.4 Opis mesta istraživanja

U selekciji ustanova u kojima će istraživanje biti sprovedeno vodilo se računa da obe ustanove imaju sličnu strukturu medicinskih službi i zaposlenog medicinskog osoblja, te da su obe ustanove obavljaju zdravstvenu delatnost na sekundarnom i tercijarnom nivou.

3.4.1 Razlika između ustanova

Prva ustanova je KBC A, Beograd, Srbija, sa kompletno sprovedenom akreditacijom svih organizacionih segmenata, statutarno i sistematizacijom utvrđenih, dok je druga ustanova KBC B, Beograd, Srbija, izabrana kao ustanova koja još uvek nije započela proces akreditacije.

3.4.2 KBC A – detaljan opis

KBC A je zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa, smeštena na teritoriji Oštine Zvezdara. Svakog drugog dana je 24h otvorena za urgentan prijem pacijenata sa područja grada Beograda, ali i za zbrinjavanje pacijenata koji su upućeni iz drugih zdravstvenih ustanova sa teritorije cele Republike Srbije.

Ustanova obuhvata sledeće organizacione jedinice:

1. Kliniku za interne bolesti
2. Kliniku za hirurgiju
3. Kliniku za očne bolesti
4. Bolnica za ginekologiju i akušerstvo
5. Bolnica za pedijatriju
6. Bolnica za psihijatriju
7. Služba za urgentnu medicinu sa specijalistima kom poliklinikom
8. Služba zajedničkih medicinskih poslova
9. Služba za organizaciju, planiranje i medicinsku statistiku
10. Služba zajedničkih nemedicinskih poslova

Klinika za internu medicinu obuhvata: Kliničko odeljenje za nefrologiju i metaboličke poremećaje sa dijalizom, Kliničko odeljenje za gastroenterologiju i hepatologiju, Kliničko odeljenje za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, Kliničko odeljenje za kardiovaskularne bolesti, Kliničko odeljenje za neurologiju, Kliničko odeljenje za gerijatriju, Kliničko odeljenje za hematologiju i onkologiju, Kliničko odeljenje za pulmologiju i alergologiju sa imunologijom, Odeljenje za dermatovenerologiju i Kliničko odeljenje za palijativno zbrinjavanje.

Na ovoj Klinici je ukupno zaposleno 103 lekara i 289 sestara, dok je ukupan broj kreveta 350.

Jedinice intenzivne nege imaju ukupno 30 kreveta, od čega je 13 predviđeno za kardiološke bolesnike, 2 za pulmološke, 6 za nefrološke, 2 za neurološke, 4 za gerijatrijske, 2 za hematološke i 1 za gastroenterološke.

Na Kliničkom odeljenju za kardiologiju je zaposleno 27 lekara i 66 medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara. Procedure iz oblasti interventne kardiologije su uvedene 2012. godine i od tada se nepekično sprovode. Ne obavlja se procedura ugradnje stenta na karotidnu arteriju.

Na Klini kom odeljenju za neurologiju zaposleno je 7 lekara i 22 medicinske sestre i zdravstvenih tehni ara. Ukupan broj kreveta je 40, dok jedinica intenzivne nege ima 2 kreveta. Tromboliti ka terapija se ne sprovodi u ovoj ustanovi.

Klinika za hirurgiju obuhvata: Klini ko odeljenje za hirurgiju, Klini ko odeljenje za ortopediju sa traumatologijom i Klini ko odeljenje za urologiju.

Na Klinici je zaposleno 39 lekara, od ega 33 hirurga i 150 medicinskih sestara i zdravstvenih tehni ara. Ukupan broj kreveta je 167, a na jedinici intenzivne nege ima 10 krevata.

U okviru jednodnevne hirurgije se sprovode male hirurške intervencije.

3.3.3 KBC B – detaljan opis

KBC B je zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa, smeštena na teritoriji Oštine Zemun. Svakog drugog dana je 24h otvorena za urgentan prijem pacijenata sa podru ja grada Beograda, ali i za zbrinjavanje pacijenata koji su upu eni iz drugih zdravstvenih ustanova sa teritorije cele Republike Srbije.

Ustanova obuhvata slede e organizacione jedinice:

1. Kliniku za internu medicinu
2. Kliniku za hirurgiju
3. Bolnica za ginekologiju i akušerstvo
4. Bolnica za pedijatriju
5. Zajedni ke medicinske službe
6. Zajedni ke nemedicinske službe

Klinika za internu medicinu obuhvata: Odeljenje intenzivne terapije, Služba gastroenterologije sa hepatologijom, Služba pulmologije sa pneumoftizijom, Služba endokrinologije, Služba internisti ke gerijatrije, Služba hematologije, Služba medikalne onkologije, Služba kardiologije, Služba nefrologije i Služba neurologije.

Na ovoj Klinici je ukupno zaposleno 83 lekara i 211 sestara, dok broj kreveta na Klinici iznosi 349.

Jedinice intenzivne nege imaju ukupno 27 kreveta, od čega je 9 predviđeno za kardiološke bolesnike, 6 za gastroenterološke, 5 za neurološke, 4 za onkološke, a 3 pripada. Bolnici za pedijatriju.

U Službi kardiologije je zaposleno 22 lekara i 42 medicinske sestre i zdravstvena tehničara. Procedure iz oblasti interventne kardiologije su uvedene 2007. godine i od tada se nepekidno sprovode.

U Službi neurologije je zaposleno 11 lekara i 40 medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara. Ukupan broj kreveta je 35, dok jedinica intenzivne nege ima 5 kreveta. Trombolitička terapija se obavlja u ovoj ustanovi od oktobra 2014. godine.

Klinika za hirurgiju obuhvata Službu opšte hirurgije, Službu neurohirurgije, Službu urologije, Službu ortopedije sa traumatologijom, Službu baromedicine, Službu otorinolaringologije i maksilofacijalne hirurgije i Službu operacionog bloka sa sterilizacijom i intenzivnom terapijom.

Na Klinici za hirurgiju je zaposleno 62 lekara, od čega 50 hirurga i 177 medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara.

Ukupan broj kreveta je 271, od čega Službi opšte hirurgije pripada 65. Jedinica intenzivne nege ima 15 kreveta, od čega je 9 predviđeno za bolesnike sa opšte hirurgije, a 6 za neurohirurške.

U okviru jednodnevne hirurgije vrši se operacija kreiranja AV fistule, kao i male hirurške intervencije.

U okviru Zajedničkih medicinskih službi nalazi se Služba za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja, kao posebna organizaciona celina.

4.0 REZULTATI

Prema podacima od 31.12.2015. godine, u KBC A je bilo zaposleno 294 lekara i 866 medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara (Prilog 6). Tokom 2015. godine u KBC A je urađeno 247636 pregleda (Prilog 7), dok je broj ispisanih pacijenata je bio 29037 (Prilog 8).

U istom periodu je, u KBC B bilo zaposleno 258 lekara i 700 medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara (Prilog 9), a urađeno je 187825 (Prilog 10) pregleda, dok je broj ispisanih pacijenata je bio 21109 (Prilog 11).

4.1 Studija ispitivanja stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji

4.1.1 Opis ispitivane populacije

U istraživanju je učestvovalo 271 ispitanik iz KBC A i 206 ispitanika iz KBC B.

Prosečna starost ispitanika u celokupnom uzorku od 477 zdravstvenih radnika iz obe Ustanove iznosila je 43.25 godina \pm 8.89 godina. Nije bilo razlike u starosnoj dobi anketiranih zdravstvenih radnika između ustanova ($t=0.867$; $df=469.836$; $p=0.386$). Prosečna starost ispitanika iz KBC A iznosila je 43.55 godina \pm 9.50 godina, dok je prosečna starost ispitanika iz KBC B bila je 42.85 godina \pm 8.01 godina. Između ustanova nije bilo razlike u distribuciji učestalosti anketiranih zdravstvenih radnika po polu ($\chi^2=0.379$; $df=1$; $p=0.538$). Distribucija učestalosti ispitanika po polu između ustanova prikazana je u Tabeli 5. Između ustanova nije bilo razlike u distribuciji učestalosti anketiranih zdravstvenih radnika po kategorijama zanimanja ($\chi^2=0.951$; $df=1$; $p=0.329$). Distribucija učestalosti ispitanika po kategorijama zanimanja između ustanova prikazana je u Tabeli 6.

Tabela 5. Distribucija uestalosti anketiranih zdravstvenih radnika po polu izme u ustanova

Ustanova			Pol		Ukupno
			muškar ci	žene	
KBC A	F		52	219	271
	%		59.8%	56.2%	56.8%
KBC B	F		35	171	206
	%		40.2%	43.8%	43.2%
Ukupno		F	87	390	477
		%	100.0 %	100.0 %	100.0%

Tabela 6. Distribucija uestalosti anketiranih zdravstvenih radnika po kategorijama zanimanja izme u ustanova

Ustanova		Zanimanje		Ukupno	
		lekar	sestra (zdravstveni tehni ari)		
KBC A	F	82	189	271	
	%	53.6%	58.3%	56.8%	
KBC B	F	71	135	206	
	%	46.4%	41.7%	43.2%	
Ukupno		F	153	324	477

4.1.2 Strukturna i sadržinska validnost i pouzdanost upitnika stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji

Analiza glavnih komponenti sprovedena je nad podacima dobijenim od 477 zaposlenih zdravstvenih radnika iz obe ustanove, nad ukupnim pulom od 23 pitanja, od kojih je ekstrahovano deset validnih pitanja. Zbog podešavanja smera novo dobijene omerne skale, tri pitanja su rekodirana tako što su vrednosti Likertove skale zamenjene na slede i na in: a) vrednost 0 zamenjena je sa 2, b) vrednost 2 zamenjena je sa 0, a vrednost 1 je ostala ista i nakon rekodiranja. Rekodirana pitanja su: a) Promene koje nastaju u toku priprema za akreditaciju kratkog su trajanja, b) Akreditacija je značajna mahom za marketing bolnice, c) Korist od akreditacije mi je nejasna. Deskriptivni statistici po ekstrahovanim, validnim pitanjima predstavljeni su u Tabeli 7.

Pokazano je da upitnik stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji ima visok konstrukcionu, odnosno strukturnu validnost (Kaiser-Meyer-Olkin mera adekvatnosti=0.909; $df=45$; $\chi^2=3226.590$; $p=0.000$). Analizom glavnih komponenti izdvojena su tri faktora sa ukupno deset pitanja (Tabela 8). Tako je ovaj instrument merenja ima visoku sadržinsku validnost, budući da je sa deset pitanja na ispitivanom uzorku objašnjeno 78.19% varijanse ispitivane pojave. Ukupna relijabilnost (pouzdanost) Upitnika iznosi 0.925 (Tabela 8).

Tabela 7. Odgovori po Upitniku stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji

Pitanja	Xsred	SD	N
Akreditacija je prilika da bolnica otkrije svoje mogu nosti, prednosti i slabosti	.72	.865	477
Nakon akreditacije bolnica lakše i realnije može da definiše svoje ciljeve	.75	.886	477
Promene koje nastaju u toku priprema za akreditaciju kratkog su trajanja	1.21	.794	477
Akreditacija je zna ajna mahom za marketing bolnice	1.30	.754	477
Korist od akreditacije mi je nejasna	.51	.726	477
Akreditacija uti e na promenu ukupnog koncepta zaštite	.82	.926	477
Akreditacija je zna ajna prilika za li ni profesionalni razvoj	.19	.531	477
Odgovornost na radu zna ajno poraste nakon akreditacije	.73	.843	477
Akreditacija doprinosi porastu sigurnosti na radu za sve zaposlene	.74	.844	477
Akreditacija zna ajno poboljšava komunikacije na svim nivoima	.37	.703	477

Prvi faktor ili komponentu ini šest pitanja, i to pitanja: a) Akreditacija je prilika da bolnica otkrije svoje mogu nosti, prednosti i slabosti; b) Nakon akreditacije bolnica lakše i realnije može da definiše svoje ciljeve; c) Promene koje nastaju u toku priprema za akreditaciju kratkog su trajanja; d) Akreditacija je zna ajna mahom za marketing bolnice; e) Korist od akreditacije mi je nejasna i f) Akreditacija uti e na promenu ukupnog koncepta

zaštite. Ovaj faktor nazvan je Stav o pozitivnim dugotrajnim uticajima akreditacije na planiranje, realizaciju i promenu ukupnog koncepta zdravstvene zaštite.

Drugi faktor obuhvata dva pitanja: a) Akreditacija je značajna prilika za lični profesionalni razvoj i b) Odgovornost na radu značajno poraste nakon akreditacije. Ovaj faktor nazvan je Stav o povećanju profesionalne afirmacije i unapređenju radnog morala.

Treći faktor takođe sadržava dva pitanja: a) Akreditacija doprinosi porastu sigurnosti na radu za sve zaposlene i b) Akreditacija značajno poboljšava komunikacije na svim nivoima. Ovaj faktor nazvan je Stav o unapređenju komunikacije i sigurnosti na poslu.

Tabela 8. Faktorski koeficijentisa komunalitetima po pitanjima Upitnika stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji

Pitanja	Komponente			Komunaliteti	
	1	2	3	Inicijalno	Ekstrahovano
Akreditacija je prilika da bolnica otkrije svoje mogu nosti, prednosti i slabosti	.840			1.000	.652
Nakon akreditacije bolnica lakše i realnije može da definiše svoje ciljeve	.827			1.000	.793
Promene koje su nastale u toku priprema za akreditaciju kratkog su trajanja	.804			1.000	.824
Akreditacija je zna ajna mahom za marketing bolnice	.736			1.000	.836
Korist od akreditacije mi je nejasna	.705			1.000	.729
Akreditacija uti e na promenu ukupnog koncepta zaštite	.649				
Akreditacija je zna ajna prilika za li ni profesionalni razvoj		.856			
Odgovornost na radu zna ajno poraste nakon akreditacije		.824			
Akreditacija doprinosi porastu sigurnosti na radu za sve zaposlene			.883		
Akreditacija zna ajno poboljšava komunikacije na svim nivoima			.836		
Kronbah α	.925	.825	.714	Ukupno: .916	
% objašnjene varijanse	37.66	21.77	18.75	Ukupno: 78.19	

Legenda: Stav o pozitivnim dugotrajnim uticajima akreditacije na planiranje, realizaciju i promenu ukupni koncepta zdravstvene zaštite: 2-Stav o profesionalnoj afirmaciji i unapre enju radnog morala; 3- Stav o unapre enju komunikacije i sigurnosti na poslu.

4.1.3 Sistem izra unavanja faktorskih skorova

Faktorski skorovi izra unati su kao prose ne vrednosti dobijenih odgovora na pitanja koja sa injavaju pojedine faktore. Vrednosti faktorskih skorova kre u se u rasponu od 0 do 2, gde je 0 ozna ava najbolje stavove, a 2 najlošije stavove. Ukupni skor stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji izra unava se kao zbir vrednosti dobijenih po svih deset pitanja. Minimalna vrednost ukupnog skora je 0 koja ozna ava najbolje stavove, a najve a iznosi 20 (najlošiji stavovi).

4.1.4 Uticaj iskustva sa akreditacijom na promenu stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji

Tabela 9. Skorovi po Upitniku stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji izme u Ustanova

Skorovi	Ustanova	N	Xsred	SD	SE za Xsred
Skor za prvu komponentu	KBC A	271	.1556	.29481	.01791
	KBC B	206	1.4434	.40125	.02796
Skor za drugu komponentu	KBC A	271	.2860	.21686	.01317
	KBC B	206	.5947	.12349	.00860
Skor za tre u komponentu	KBC A	271	.0252	.07229	.00439
	KBC B	206	.1828	.23858	.01662
Ukupni skor Stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	KBC A	271	2.8007	2.78038	.16890
	KBC B	206	13.3252	3.15549	.21985

Pokazano je da su u ispitanici iz KBC A imali niže sve skorove uključujući i ukupni skor u odnosu na ispitanike iz KBC B (Tabela 9- 11).

Tabela 10. Razlika u skorovima po Upitniku stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji izme u Ustanova

Skorovi	t-test				
	t	df	P	Xsred za razliku	SE za razliku
Skor za prvu komponentu	-38.787	361.539	.000	-1.28777	.03320
Skor za drugu komponentu	-19.618	443.256	.000	-.30868	.01573
Skor za tre u komponentu	-9.169	233.750	.000	-.15763	.01719
Ukupni skor Stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	-37.962	409.957	.000	-10.52450	.27724

Tabela 11. Intervali pouzdanosti u analizi razlika u Skorovima po faktorima i ukupnom skor u stavova o akreditaciji zdravstvenih radnika KBC A u odnosu na zdravstvene radnike iz KBC B

Skorovi	t-test	
	95% Interval poverenja za razliku	
	Donja granica	Gornja granica
Skor za prvu komponentu	-1.22248	-1.35306
Skor za drugu komponentu	-.27776	-.33961
Skor za tre u komponentu	-.12376	-.19151
Ukupni skor Stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	-9.97952	-11.06949

4.1.5 Uticaj pola na stavove zdravstvenih radnika o akreditaciji

Tabela 12. Skorovi po Upitniku stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji izme u muškaraca i žena

Skorovi	Pol	N	Xsred	SD	SE
Skor za prvu komponentu	muškarcima	87	.7146	.73572	.07888
	Žene	390	.7111	.72418	.03667
Skor za drugu komponentu	muškarcima	87	.3697	.25723	.02758
	Žene	390	.4303	.23248	.01177
Skor za tre u komponentu	muškarcima	87	.1284	.19638	.02105
	Žene	390	.0855	.17954	.00909
Ukupni skor Stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	muškarcima	87	7.2759	6.43336	.68973
	Žene	390	7.3615	5.89802	.29866

Žene su imale značajno više prosečne skorove za Stav o povećanju profesionalne afirmacije i unapređenju radnog morala u odnosu na muškarce (Tabela 12-14). Međutim, žene su imale značajno niže prosečne skorove za Stav o unapređenju komunikacije i sigurnosti na poslu u odnosu na muškarce. U ostalim skorovima nije bilo razlike između muškaraca i žena.

Tabela 13. Razlika u skorovima po Upitniku stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji izme u muškaraca i žena

Skorovi	t-test				
	t	df	P	Xsred za razliku	SE za razliku
Skor za prvu komponentu	.040	475	.968	.00345	.08611
Skor za drugu komponentu	-2.156	475	.032	-.06061	.02812
Skor za tre u komponentu	1.979	475	.048	.04288	.02166
Ukupni skor Stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	-.120	475	.904	-.08568	.71123

Tabela 14. Intervali pouzdanosti u analizi razlika u Skorovima po faktorima i ukupnom skoru stavova o akreditaciji muškaraca u odnosu na žene

Skorovi	t-test	
	95% Interval poverenja za razliku	
	Donja granica	Gornja razlika
Skor za prvu komponentu	-.16576	.17266
Skor za drugu komponentu	-.11586	-.00536
Skor za tre u komponentu	.00031	.08545
Ukupni skor Stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	-1.48322	1.31187

4.1.6 Uticaj zanimanja na stavove zdravstvenih radnika o akreditaciji

Tabela 15. Skorovi po Upitniku stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji izme u lekara i zdravstvenih tehni ara

Skorovi	Zanimanje	N	Xsred	SD	SE
Skor za prvu komponentu	Lekar	153	.7658	.74375	.06013
	sestra (zdravstveni tehni ari)	324	.6862	.71650	.03981
Skor za drugu komponentu	Lekar	153	.3965	.26144	.02114
	sestra (zdravstveni tehni ari)	324	.4300	.22581	.01255
Skor za tre u komponentu	Lekar	153	.1285	.20635	.01668
	sestra (zdravstveni tehni ari)	324	.0766	.16909	.00939
Ukupni skor Stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	Lekar	153	7.7451	6.47925	.52382
	sestra (zdravstveni tehni ari)	324	7.1574	5.74887	.31938

Lekari su imali zna ajno više prose ne skorove za Stav o unapre enju komunikacije i sigurnosti na poslu u odnosu na zdravstvene tehni are. U ostalim skorovima nije bilo razlike izme u lekara i zdravstvenih tehni ara (Tabela 14-17).

Tabela 16. Parametri Student t testa za nezavisne uzorke u analizi razlika u skorovima po Upitniku stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji između lekara i zdravstvenih tehničara i žena

Skorovi	t-test				
	t	df	p	Xsred za razliku	SE za razliku
Skor za prvu komponentu	1.118	475	.264	.07958	.07115
Skor za drugu komponentu	-1.364	262.620	.174	-.03353	.02458
Skor za treću komponentu	2.909	475	.004	.05189	.01784
Ukupni skor Stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	.958	268.556	.339	.58769	.61350

Tabela 17. Intervali pouzdanosti u analizi razlika u Skorovima po faktorima i ukupnom skor u stavova o akreditaciji lekara u odnosu na zdravstvene tehničare

Skorovi	95% Interval poverenja za razliku	
	Donja granica	Gornja granica
Skor za prvu komponentu	-.06023	.21939
Skor za drugu komponentu	-.08192	.01487
Skor za treću komponentu	.01684	.08695
Ukupni skor Stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji	-.62020	1.79558

4.1.7 Povezanost stavova zdravstvenih radnika o potencijalnom unapre enju zadovoljstva pruženom zaštitom akreditacijom kako kod zdravstvenih radnika tako i kod pacijenata sa stavovima zdravstvenih radnika o akreditaciji

Modelom multiple logisti ke regresije dobijena su tri zna ajna prediktora za ishod “slažem se” o potencijalnom unapre enju zadovoljstva kod zdravstvenih radnika i pacijenata akreditacijom (Tabela 18). Sa porastom skorova komponenti (što je slu aj za sva tri skora) smanjuje se verovatno a da ispitanici odgovore “slažem se” (Tabela 18). Me utim, u pogledu ishoda “neutralan sam”, samo sa porastom skora komponente 1 smanjuje se verovatno a nastupanja ovog ishoda (Tabela 18). Nije bilo zna ajne povezanosti Ustanove sa stavom o potencijalnom unapre enju zadovoljstva zdravstvenih radnika i pacijenata akreditacijom (Tabela 18). Ovim modelom objašnjeno je 80.9% varijanse zavisne promenljive.

Tabela 18. Parametri modela multiple logisti ke regresije za prediktore mišljenja o unapre enju zadovoljstva akreditacijom

Akreditacija pove a zadovoljstvo pruženom zaštitom kako kod zdravstvenih radnika tako i kod pacijenata ^a		B	SE	Wald	df	p	Odds ratio	95% Interval poverenja za odds ratio	
								Donja granica	Gornja granica
Slažem se	Konstanta	5.164	1.017	25.804	1	.000			
	Skor1	-3.544	.598	35.091	1	.000	.029	.009	.093
	Skor2	-3.069	1.433	4.586	1	.032	.046	.003	.771
	Skor3	-4.040	1.468	7.575	1	.006	.018	.001	.313
	[Ustanova=1]	1.214	.713	2.902	1	.088	3.369	.833	13.623
	[Ustanova=2]	0 ^b	.	.	0
Neutralan sam	Konstanta	2.326	.921	6.373	1	.012			
	Skor1	-1.876	.469	16.016	1	.000	.153	.061	.384
	Skor2	-1.253	1.398	.804	1	.370	.286	.018	4.421
	Skor3	.052	.719	.005	1	.942	1.054	.257	4.316
	[Ustanova=1]	.768	.611	1.581	1	.209	2.156	.651	7.142
	[Ustanova=2]	0 ^b	.	.	0

a. Referentna kategorija je: Ne slažem se; b. Ovaj parameter je nula zato što je ve objašnjen.

4.2 Analiza razlika u pokazateljima kvaliteta između Ustanova

4.2.1 Stopa ukupnog letaliteta

Tabela 19. Prikaz regresionih parametara za prediktore ukupnog letaliteta (DiD analiza)

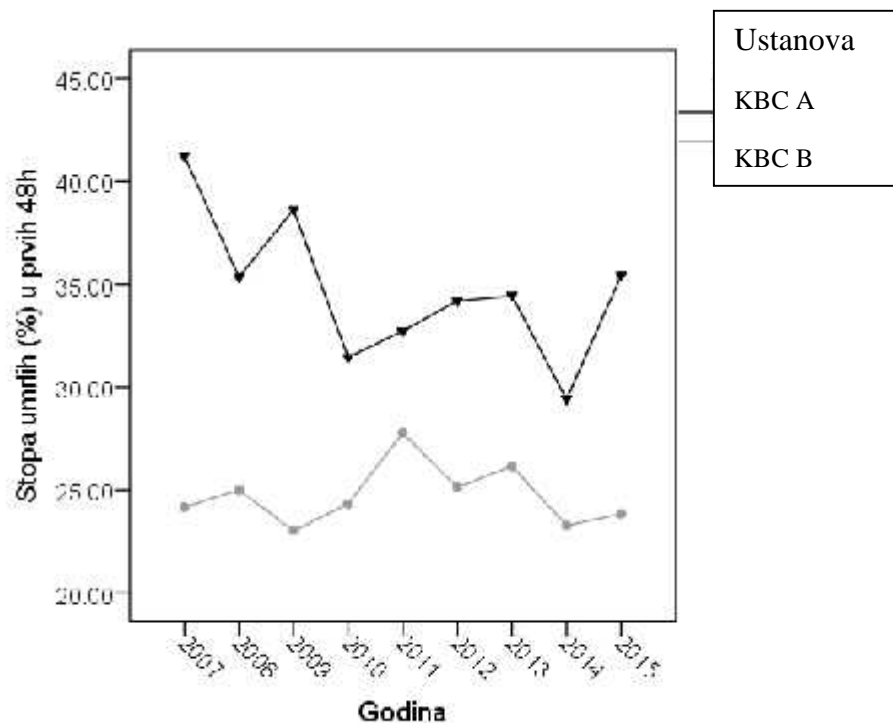
Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani koeficijent	T	p	95.0% Interval poverenja za B	
	B	SE	Beta			Donja granica	Gornja granica
Konstanta	1.234	.415		2.971	.010	.343	2.125
Godina	.045	.074	.164	.612	.550	-.113	.204
Ustanova	1.129	.263	.793	4.298	.001	.566	1.693
Interakcija	.028	.047	.190	.607	.554	-.072	.128

Zavisna varijabla: stopa ukupnog letaliteta

Postoji značajan uticaj faktora ustanova na stopu ukupnog letaliteta (Tabela 19). KBC B je imao veći letalitet u odnosu na KBC A. Ne postoji značajan uticaj faktora godina i interakcije godina x ustanova na stopu ukupnog letaliteta. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.90.

4.2.2 Procenat umrlih u prvih 48h od prijema

Grafikon 1. Prikaz procenta umrlih u prvih 48 sati od prijema izme u ustanova po godinama



Zavisna varijabla: procenat umrlih u prvih 48 sati od prijema.

Postoji znaajan uticaj faktora ustanova na procenat umrlih u prvih 48 sati od prijema. (Grafikon 1). KBC A je imala ve i procenat umrlih u prvih 48 sati od prijema u odnosu na KBC B. Postoji znaajan uticaj faktora godina. Tokom perioda od 2007 - 2015. postojao je znaajan pad procenta umrlih u prvih 48 sati od prijema kroz vreme. Nema znaajnog uticaja interakcije godina x ustanova na stopu letaliteta u prvih 48 sati. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.854.

4.2.3 Prose na dužina bolni kog le enja

Tabela 20. Prikaz regresionih parametara za prediktore prose ne dužine bolni kog le enja (DiD analiza)

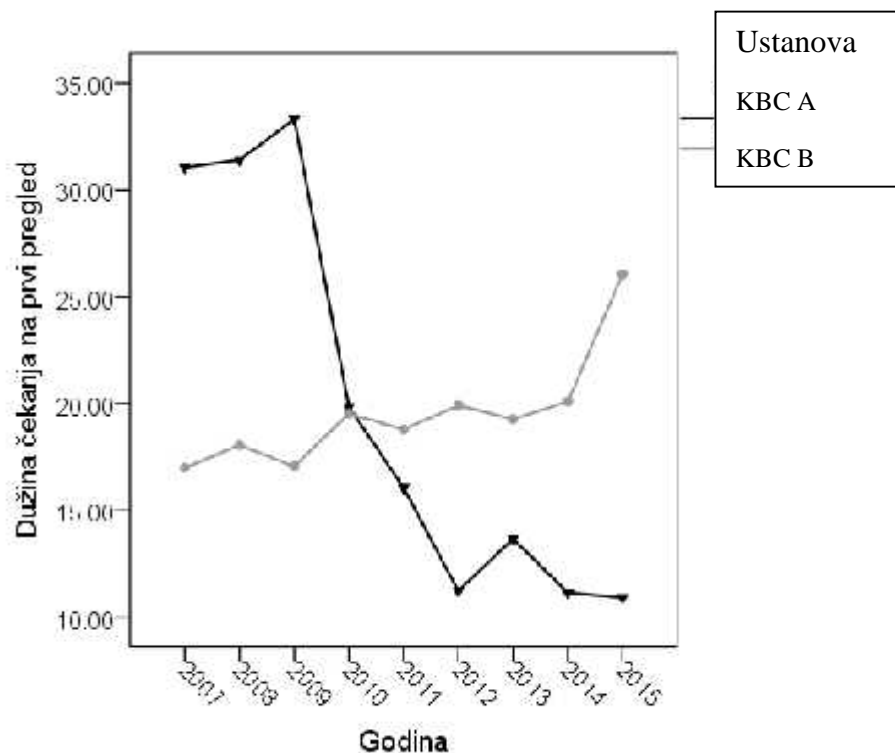
Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani koeficijent	T	P	95.0% Interval poverenja za B	
	B	SE	Beta			Donja granica	Gornja granica
Konstanta	6.428	.584		10.997	.000	5.174	7.681
Godina	-.026	.104	-.112	-.252	.805	-.249	.197
Ustanova	.884	.370	.733	2.392	.031	.091	1.677
Interakcija	-.101	.066	-.801	-1.535	.147	-.242	.040

Zavisna varijabla: prose na dužina bolni kog le enja.

Postoji znaajan uticaj faktora ustanova na prose nu dužinu bolni kog le enja. (Tabela 20), ali nije prona en zna ajan uticaj faktora godina i interakcije godina x ustanova na prose nu dužinubolni kog le enja. KBC A imala je zna ajno manju prose nu dužinu bolni kog le enja u odnosu na KBC B.

4.2.4 Dužina ekanja na prvi pregled

Grafikon 2. Prikaz dužine ekanja na prvi pregled izme u ustanova po godinama



Zavisna varijabla: prose na dužina ekanja na prvi pregled.

Postoji znaajan uticaj faktora ustanova na dužinu ekanja na prvi pregled (Grafikon 2). U celokupnom periodu prajenja KBC A je imala ve u dužinu ekanja na prvi pregled u odnosu na KBC B. Postoji znaajan uticaj faktora godina. Tokom perioda od 2007. do 2015. godine, pad dužine ekanja na prvi pregled bio je znaajan, zbirno u obe ustanove. Postoji znaajan uticaj interakcije godina x ustanova na prose nu dužinu bolni kog le enja. U periodu od 2010. do 2015.godine, KBC A beleži znaajan pad, dok KBC B beleži znaajan porast dužine ekanja. U predhodno pomenutom periodu, KBC A imala je znaajno manju dužinu ekanja na prvi pregled u odnosu na KBC B. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.811.

4.2.5 Podudarnost klini ke i obdukcione dijagnoze (%)

Tabela 21. Prikaz regresionih parametara za prediktore podudarnosti klini ke i obdukcione dijagnoze (%) (DiD analiza)

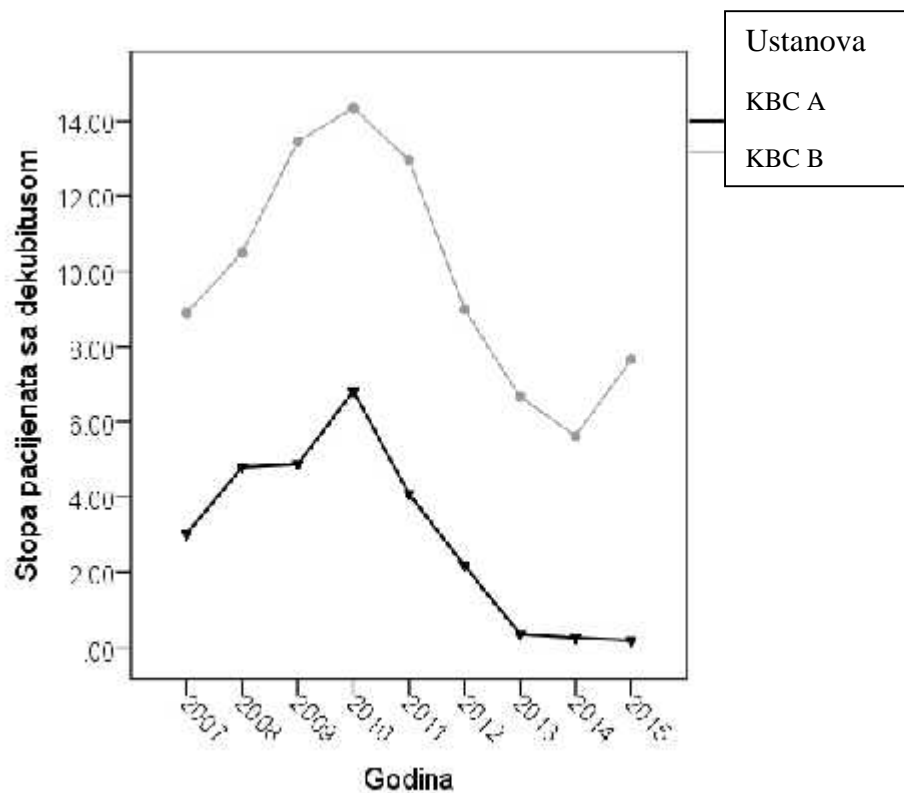
Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani koeficijent	T	P	95.0% Interval poverenja za B	
	B	SE	Beta			Donja granica	Gornja granica
Konstanta	117.794	36.243		3.250	.006	40.060	195.528
Godina	-.826	6.441	-.094	-.128	.900	-14.640	12.987
Ustanova	-27.528	22.922	-.607	-1.201	.250	-76.691	21.636
Interakcija	1.148	4.073	.243	.282	.782	-7.588	9.885

Zavisna varijabla: podudarnost klini ke i obdukcione dijagnoze (%).

Ne postoji zna ajan uticaj faktora ustanova na podudarnost klini ke i obdukcione dijagnoze (%). (Tabela 21), kaošto ne postoji ni zna ajan uticaj faktora godina i interakcije godina x ustanova na podudarnost klini ke i obdukcione dijagnoze (%).

4.2.6 Stopa pacijenata sa dekubitusima

Grafikon 3. Prikaz stope pacijenata sa dekubitusima izme u ustanova po godinama



Zavisna varijabla: stopa pacijenata sa dekubitusima

Ne postoji znaajan uticaj faktora ustanova i faktora godine nastopu pacijenata sa dekubitusima (Grafikon 3). Postoji znaajan uticaj interakcije godina x ustanova nastopu pacijenata sa dekubitusima. KBC A ima znaajno manju stopu pacijenata sa dekubitusima u odnosu na KBC B. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.784.

4.2.7 Stopa padova

Tabela 22. Prikaz regresionih parametara za prediktore stopu padova (DiD analiza)

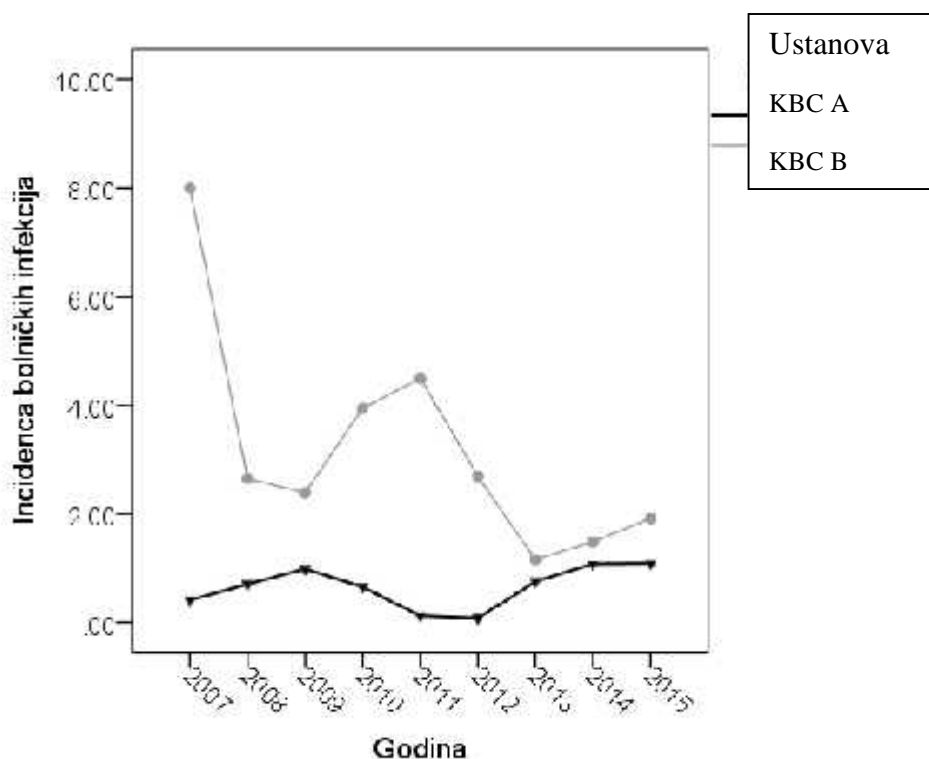
Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani koeficijent	T	p	95.0% Interval poverenja za B	
	B	SE	Beta			Donja granica	Gornja granica
Konstanta	-.047	.383		-.123	.904	-.868	.773
Godina	.036	.068	.339	.525	.608	-.110	.182
Ustanova	.423	.242	.777	1.746	.103	-.097	.942
Interakcija	-.016	.043	-.279	-.368	.718	-.108	.076

Zavisna varijabla: stopa padova.

Ne postoji značajan uticaj faktora ustanova nastupu padova. (Tabela 22), a tako e ne postoji značajan uticaj faktora godina i interakcije godina x ustanova nastupu padova.

4.2.8 Incidenca bolni kih infekcija

Grafikon 4. Prikaz incidence bolni kih infekcija izme u ustanova po godinama



Zavisna varijabla: incidenca bolni kih infekcija.

Ne postoji znaajan uticaj faktora ustanovanaincidence bolni kih infekcija. (Grafikon 4). Prona en je znaajan uticaj faktora godina i interakcije godina x ustanova naincidence bolni kih infekcija. KBC A beleži znaajno manju incidencu bolni kih infekcija u odnosu na KBC B i to narojito u periodu pre 2013. godine, kada dolazi do približavanja incidence izme u ustanova. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.698.

4.2.9 Stopa trombo-embolijskih komplikacija

Tabela 23. Prikaz regresionih parametara za stopu trombo-embolijskih komplikacija

(DiD analiza)

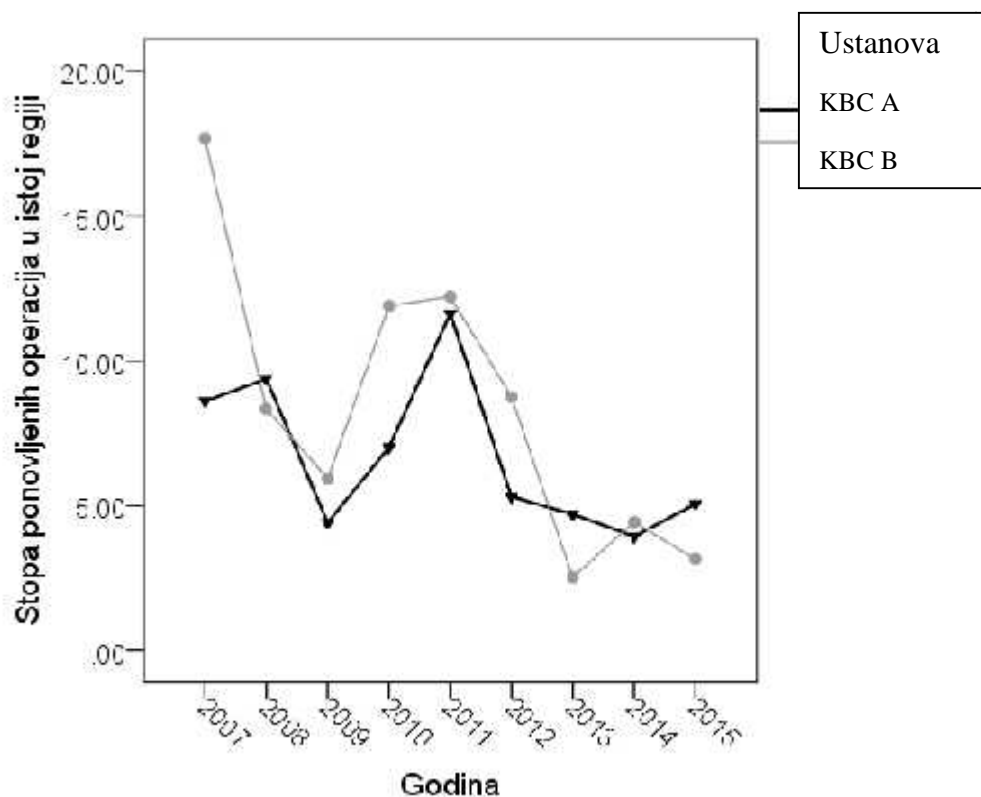
Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani koeficijent	T	p	95.0% Interval poverenja za B	
	B	SE	Beta			Donja granica	Gornja granica
Konstanta	.155	.602		.257	.801	-1.136	1.445
Godina	.001	.107	.011	.014	.989	-.228	.231
Ustanova	.193	.381	.278	.506	.621	-.624	1.009
Interakcija	.006	.068	.085	.091	.929	-.139	.151

Zavisna varijabla: stopa trombo-embolijskih komplikacija.

Ne postoji znaajan uticaj faktora ustanove i godina nastupu trombo-embolijskih komplikacija (Tabela 23), a tako e nije prona en znaajan uticaj interakcije godina x ustanova na stopu trombo-embolijskih komplikacija.

4.2.10 Stopa ponovljenih operacija u istoj regiji

Grafikon 5. Prikaz stope ponovljenih operacija u istoj regiji između ustanova po godinama



Zavisna varijabla: stopa ponovljenih operacija u istoj regiji.

Ne postoji značajan uticaj faktora ustanove i godina nastupu ponovljenih operacija u istoj regiji (Grafikon 5), a ne postoji ni značajan uticaj interakcije godina x ustanova na stopu ponovljenih operacija u istoj regiji.

4.2.11 Stopa internisti kog letaliteta

Tabela 24. Prikaz regresionih parametara za stopu internisti kog letaliteta

(DiD analiza)

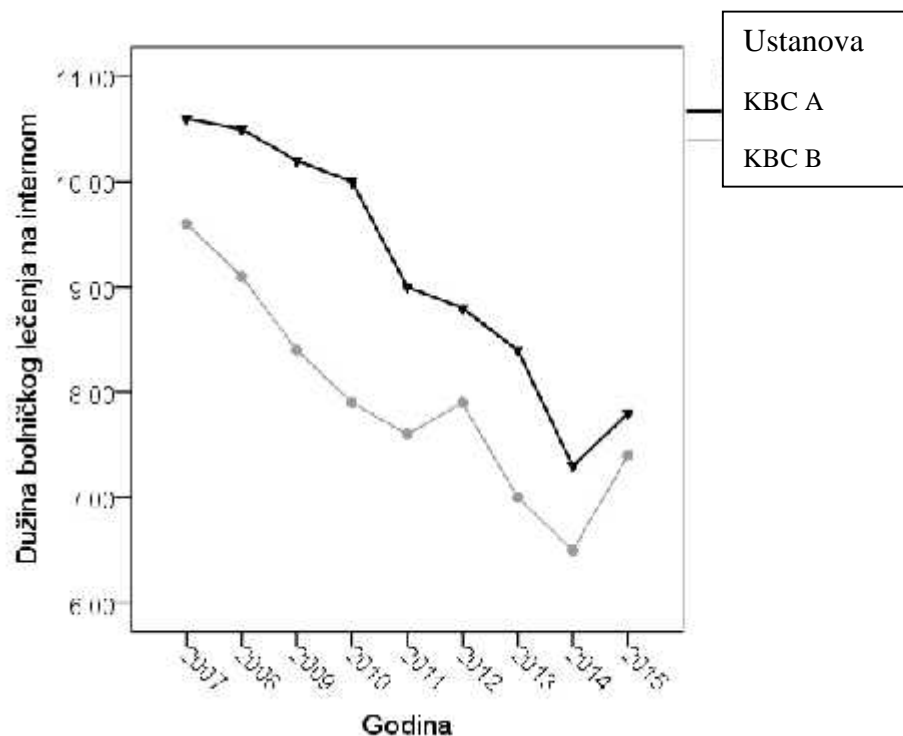
Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani koeficijent	T	p	95.0% Interval poverenja za B	
	B	SE	Beta			Donja granica	Gornja granica
Konstanta	4.254	.808		5.268	.000	2.522	5.987
Godina	-.185	.144	-.421	-1.287	.219	-.492	.123
Ustanova	1.778	.511	.785	3.480	.004	.682	2.873
Interakcija	.042	.091	.178	.463	.651	-.153	.237

Zavisna varijabla: stopa internisti kog letaliteta.

Postoji znaajan uticaj faktora ustanove nastupu internisti kog letaliteta (Tabela 24). KBC A beleži znaajno manju stopu internisti kog letaliteta u odnosu na KBC B. Ne postoji znaajan uticaj faktora godina i interakcije godina x ustanova na stopu internisti kog letaliteta. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.850.

4.2.12 Dužina bolničkog lečenja na internom

Grafikon 6. Prikaz dužine bolničkog lečenja na internom između ustanova po godinama



Zavisna varijabla: dužinu bolničkog lečenja na internom.

Postoji značajan uticaj faktora ustanove i faktora godina na dužinu bolničkog lečenja na internom (Grafikon 6). Postoji značajan pad dužine bolničkog lečenja na internom kroz godine. KBC B beleži značajno manju dužinu bolničkog lečenja na internom u odnosu na KBC A. Ne postoji značajan uticaj interakcije godina x ustanova na dužinu bolničkog lečenja na internom. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.917.

4.2.13 Stopa letaliteta od akutnog infarkta miokarda

Tabela 25. Prikaz regresionih parametara za stopu letaliteta od akutnog infarkta miokarda

(DiD analiza)

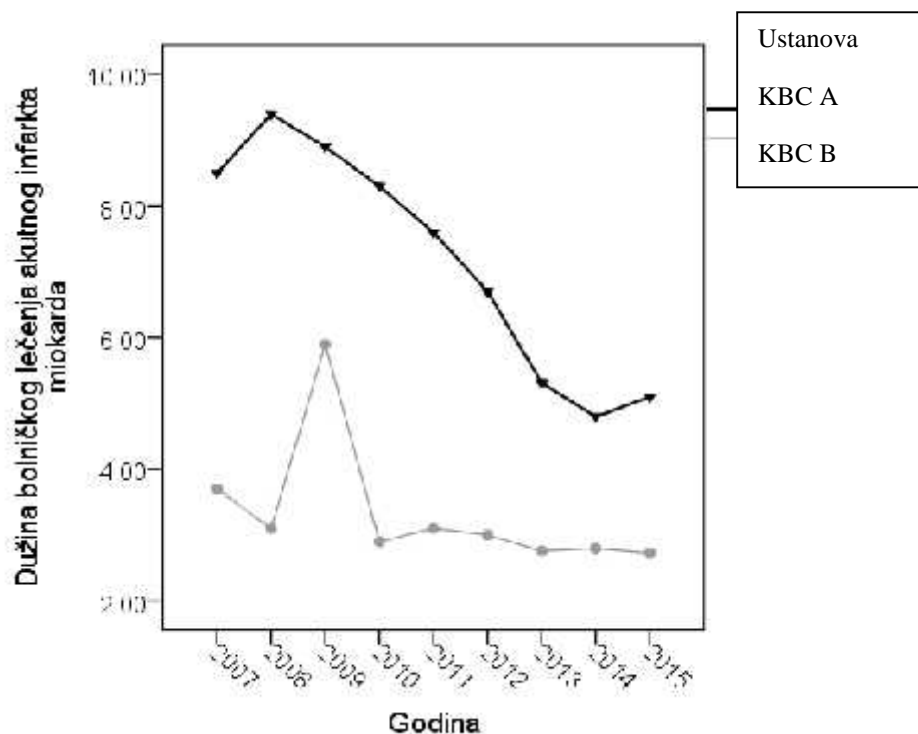
Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani koeficijent	T	p	95.0% Interval poverenja za B	
	B	SE	Beta			Donja granica	Gornja granica
Konstanta	10.920	3.491		3.128	.007	3.433	18.408
Godina	-.709	.620	-.793	-1.143	.272	-2.040	.621
Ustanova	-2.097	2.208	-.454	-.950	.358	-6.833	2.638
Interakcija	.177	.392	.367	.451	.659	-.665	1.018

Zavisna varijabla: stopa letaliteta od akutnog infarkta miokarda.

Ne postoji znaajan uticaj faktora ustanove i godina nastupu letaliteta od akutnog infarkta miokarda. (Tabela 25), a tako e ne postoji znaajan uticaj interakcije godina x ustanova nastupu letaliteta od akutnog infarkta miokarda.

4.2.14 Prose na dužina bolni kog le enja od akutnog infarkta miokarda

Grafikon 7. Prikaz prose ne dužine bolni kog le enja od akutnog infarkta miokarda između Ustanova po godinama



Zavisna varijabla: dužina bolni kog le enja od akutnog infarkta miokarda.

Postoji značajan uticaj faktora ustanove i faktora godina naprosto na dužinu le enja od AIM (Grafikon 7). KBC B beleži značajno manju dužinu le enja od AIM u odnosu na KBC A. Postoji značajan uticaj interakcije godina x ustanova na dužinu le enja od AIM. Od 2008. godine, KBC A beleži značajno strmiji pad trenda dužine le enja od AIM kroz vreme u odnosu na KBC B. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.909.

4.2.15 Stopa letaliteta od cerebro-vaskularnog insulta

Tabela 26. Prikaz regresionih parametara za stopu letaliteta od cerebro-vaskularnog insulta

(DiD analiza)

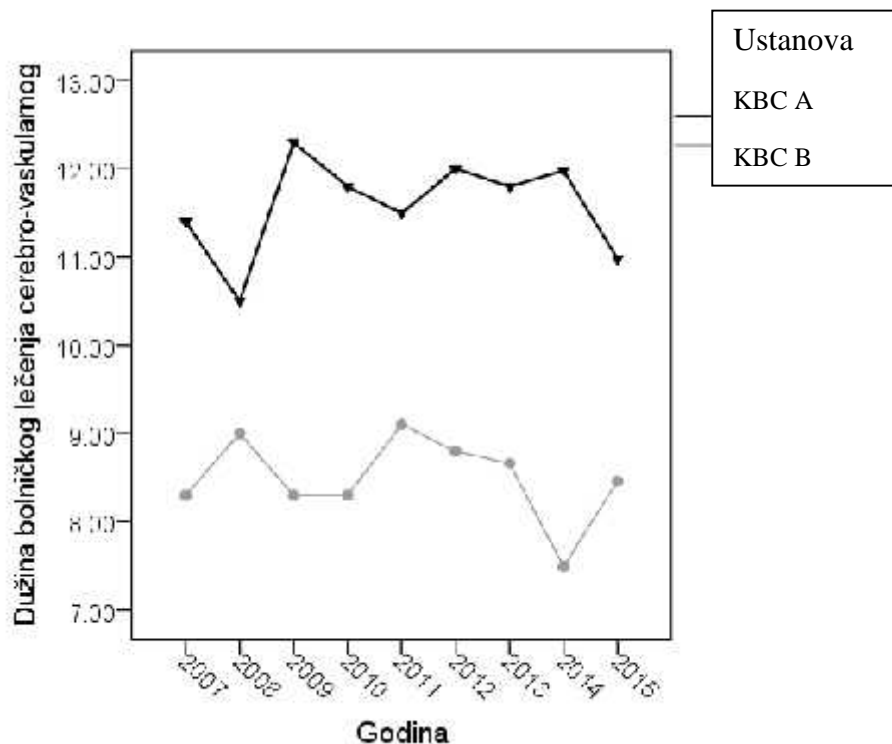
Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani koeficijent	T	p	95.0% Interval poverenja za B	
	B	SE	Beta			Donja granica	Gornja granica
Konstanta	-25.112	6.776		-3.706	.002	-39.645	-10.578
Godina	3.868	1.204	1.105	3.212	.006	1.286	6.451
Ustanova	28.853	4.286	1.596	6.733	.000	19.662	38.045
Interakcija	-2.839	.762	-1.503	-3.727	.002	-4.472	-1.205

Zavisna varijabla: stopa letaliteta od cerebro-vaskularnog insulta

Postoji značajan uticaj faktora ustanove i faktora godina na stopu letaliteta od CVI (Tabela 26). Postoji značajan uticaj interakcije godina x ustanova nastopu letaliteta od CVI. KBC A beleži značajno manju stopu letaliteta od CVI, iako u 2014. i 2015. godini beleži značajan porast letaliteta od CVI u odnosu na KBC B. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.834.

4.2.16 Dužina bolničkog lečenja cerebro-vaskularnog insulta

Grafikon 8. Prikaz prosečne dužine bolničkog lečenja cerebro-vaskularnog insulta između Ustanova po godinama



Zavisna varijabla: prosečna dužina bolničkog lečenja od cerebro-vaskularnog insulta.

Postoji značajan uticaj faktora Ustanove (Grafikon 8), dok nije pronađen značajan uticaj godina i interakcije godina x ustanova na prosečnu dužinu bolničkog lečenja CVI. KBC A beleži značajno veći prosečnu dužinu bolničkog lečenja CVI u odnosu na KBC B. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.912.

4.2.17 Stopa letaliteta na hirurgiji

Tabela 27. Prikaz regresionih parametara za stopu letaliteta na hirurgiji (DiD analiza)

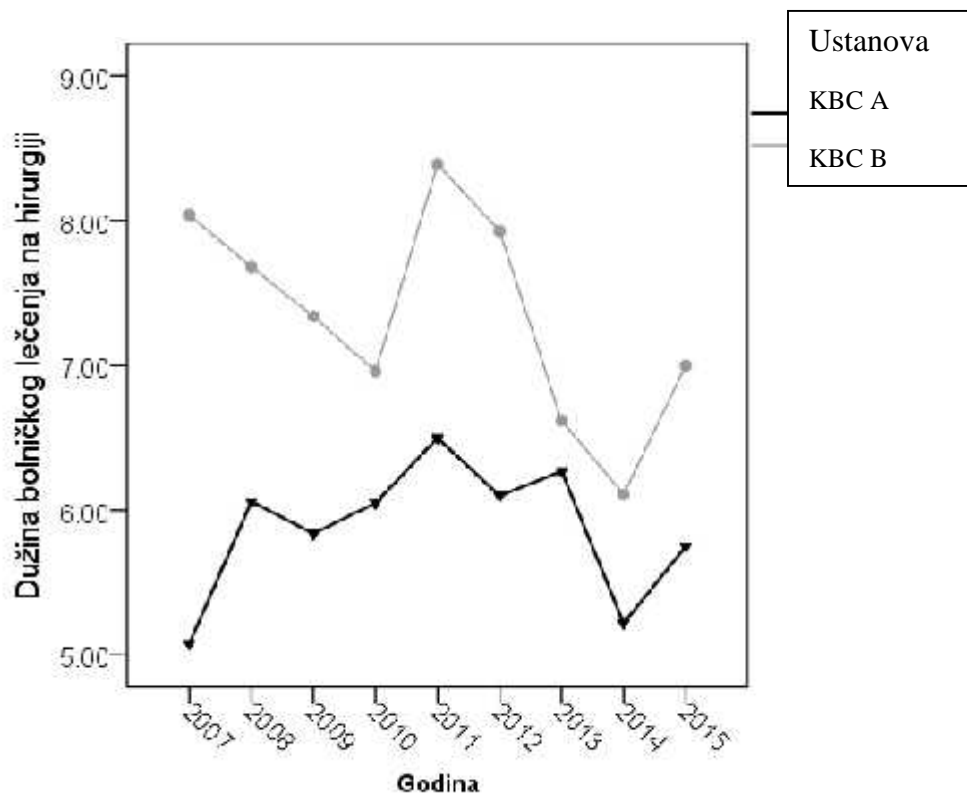
Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani koeficijent	t	p	95.0% Interval poverenja za B	
	B	SE	Beta			Donja granica	Gornja granica
Konstanta	.614	.858		.716	.486	-1.226	2.455
Godina	.197	.152	.654	1.290	.218	-.130	.524
Ustanova	.540	.543	.348	.995	.337	-.624	1.704
Interakcija	.010	.096	.062	.104	.919	-.197	.217

Zavisna varijabla: stopa letaliteta na hirurgiji.

Ne postoji znaajan uticaj faktora ustanove i faktora godine (Tabela 27), kao ni znaajan uticaj interakcije godina x ustanova na stopu letaliteta na hirurgiji.

4.2.18 Prose na dužina bolni kog le enja na hirurgiji

Grafikon 9. Prikaz prose ne dužine bolni kog le enja na hirurgiji izme u ustanova po godinama



Zavisna varijabla: prose na dužina bolni kog le enja na hirurgiji.

Postoji značajan uticaj faktora ustanove na prose na dužinu bolni kog le enja na hirurgiji (Grafikon 9), dok ne postoji značajan uticaj faktora godine i interakcije godina x ustanova. KBC A ima značajno manju prose na dužinu bolni kog le enja na hirurgiji u odnosu na KBC B. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.707.

4.2.19 Prose an broj operisanih pacijenata po hirurgu

Tabela 28. Prikaz regresionih parametara za prose an broj operisanih pacijenata po hirurgu (DiD analiza)

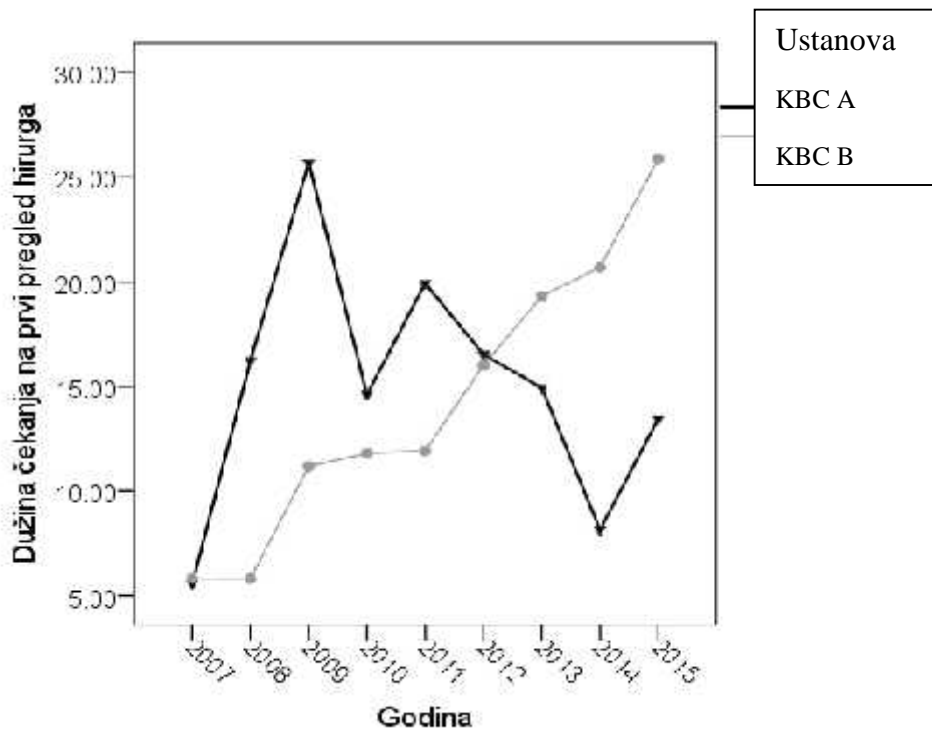
Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani koeficijent	t	P	95.0% Interval poverenja za B	
	B	SE	Beta			Donja granica	Gornja granica
Konstanta	138.008	37.288		3.701	.002	58.034	217.982
Godina	-2.585	6.626	-.242	-.390	.702	-16.797	11.627
Ustanova	-51.459	23.583	-.931	-2.182	.047	-102.039	-.880
Interakcija	3.664	4.191	.635	.874	.397	-5.324	12.653

Zavisna varijabla: prose an broj operisanih pacijenata po hirurgu.

Postoji znaajan uticaj faktora ustanove na prose an operisanih pacijenata po hirurgu (Tabela 28), dok ne postoji znaajan uticaj faktora godine i interakcije godina x ustanova. KBC A ima znaajno ve i prose an broj operisanih pacijenata po hirurgu u odnosu na KBC B. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.463.

4.2.20 Prose na dužina ekanja na prvi pregled hirurga

Grafikon 10. Prikaz prose ne dužine ekanja na prvi pregled hirurga izme u ustanova po godinama

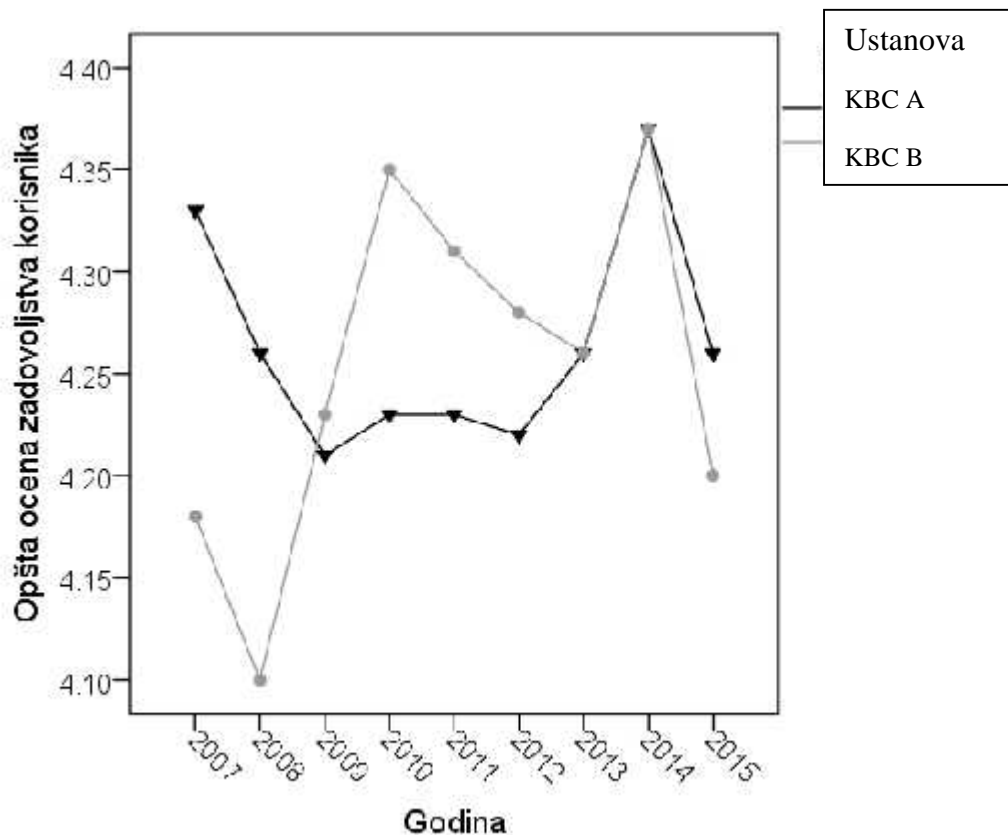


Zavisna varijabla: dužina ekanja na prvi pregled hirurga.

Postoji značajan uticaj faktora ustanove i interakcije godina x ustanovana dužinu ekanja na prvi pregled hirurga (Grafikon 10), dok ne postoji značajan uticaj faktora godine. KBC A od 2013. godine ima značajno strmiji trend pada dužine ekanja na prvi pregled hirurga u odnosu na KBC B. Pre 2013. godine, u odnosu na KBC B, KBC A je imala veći u dužinu ekanja. Koeficijent determinacije za ovaj model iznosi 0.547.

4.2.21 Opšta ocena zadovoljstva korisnika zdravstvene zaštite

Grafikon 11. Prikaz prose ne opšte ocene zadovoljstva korisnika izme u Ustanova po godinama



Zavisna varijabla: opšta ocena zadovoljstva korisnika.

Ne postoji značajan uticaj faktora Ustanove, faktora vremena (godina) i interakcije godina x ustanovana dužina na opštu ocenu zadovoljstva korisnika.

5.0 DISKUSIJA

Glavni nosioci posla tokom akreditacije jedne zdravstvene ustanove su zdravstveni radnici i od njihove motivacije i angažovanosti zavisi i uspešnost sprovedenog procesa. Dosadašnja istraživanja pokazuju da upravo li no angažovanje zaposlenih tokom akreditacije, zna ajno pove ava i njihovu zainteresovanost za unapre enje kvaliteta rada zdravstvene ustanove u celini. U skladu sa tim, veoma je važno, pre samog zapo injanja ovog procesa, ispitati kakav je njihov stav u vezi sa akreditacijom⁸⁰. Ova injenica je bila jedan od vode ih motiva za kreiranje instrumenta koji bi omogu io da se uvid u stavove zdravstvenih radnika u vezi sa akreditacijom stekne brzo i pouzdano.

Analiza distribucije u estalosti zdravstvenih radnikaanketiranih u ovom istraživanju, po kategorijama zanimanja u obe ustanove, pokazuje da su, od ukupnog broja ispitanih zdravstvenih radnika, 30% bili lekari, dok su medicinske sestre i zdravstveni tehni ari inili 70% ispitivane populacije. Navedeni podaci su srazmerni zastupljenosti lekara u odnosu na medicinske sestre i zdravstvene tehni are u posmatranim bolnicama, pri emu, u KBC A, 25% od ukupnog broja zaposlenih zdravstvenih radnika na neodre eno vreme ine lekari, a 75% medicinske sestre i zdravstveni tehni ari(Prilog 6), dok u KBC B, 27% od ukupnog broja zaposlenih zdravstvenih radnika na neodre eno vreme ine lekari, a 73% medicinske sestre i zdravstveni tehni ari(Prilog 7).

Sprovo enjem analize glavnih komponenti nad podacima iz upitnika popunjenih od strane 477 zaposlenih u KBC A i KBC B i nad ukupnim pulom od 23 pitanja, izdvojeno je deset validnih pitanja.

Rezultati pokazuju da upitnik stavova zdravstvenih radnika o akreditacija ima visoku konstrukcionu, odnosno strukturnu validnost (Kaiser-Meyer-Olkin mera adekvatnosti=0.909; $df=45$; $\chi^2=3226.590$; $p=0.000$), što implicira da se, kao pouzdan

instrument za ispitivanje stavova zaposlenih o akreditaciji, može koristiti u budu im istraživanjima.

Pojedina istraživanja stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji ukazuju na činjenicu da veliki broj njih smatra da je akreditacija povećala obim posla, da povećava papirologiju, smanjuje fleksibilnost u radu i doprinosi tome da pažnja zaposlenih više ide u pravcu sprovođenja procesa, a manje u pravcu samog unapređenja kvaliteta rada⁸³. Navedeni podaci ukazuju na to koliko je značajno edukovati zdravstvene radnike o akreditaciji pre samog započinjanja procedure i omogućiti im da se upoznaju sa iskustvima kolega koji su taj proces prošli. Na taj način, oni bi se mogli dodatno motivirati za aktivno uključivanje u planirane aktivnosti.

Do ovakvog zaključka su došli i Alkhenizani Shaw, koji u svom preglednom radu navode da je zdravstvene radnike, a posebno lekare, neophodno informirati o potencijalnim benefitima od akreditacije pre započinjanja samog procesa⁷⁹.

S obzirom na činjenicu da su, u okviru naše studije, analizom glavnih komponenti izdvojena tri faktora sa ukupno deset pitanja i da je sa tih deset pitanja na ispitivanom uzorku objašnjeno 78.19% varijanse pronađene pojave, možemo reći da Upitnik stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji ima visoku sadržinsku validnost. Pored toga, ukupna pouzdanost Upitnika stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji iznosi 0.925, što dodatno ukazuje na njegov kvalitet.

Iz svih navedenih činjenica proizilazi da je upotrebom Upitnika stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji moguće na brz i jednostavan način, dobiti pouzdan i jasan uvid u stavove zaposlenih, o suštinskim aspektima akreditacije, u koju bi trebalo da budu, ili su već bili uključeni.

Prvi faktor koji se izdvojio je Stav o pozitivnim dugotrajnim uticajima akreditacije na planiranje, realizaciju i promenu ukupnog koncepta zdravstvene zaštite i on obuhvata šest pitanja: Akreditacija je prilika da bolnica otkrije svoje mogućnosti, prednosti i slabosti; Nakon akreditacije bolnica lakše i realnije može da definiše svoje ciljeve; Promene koje nastaju u toku priprema za akreditaciju kratkog su trajanja; Akreditacija je značajna mahom

za marketing bolnice; Korist od akreditacije mi je nejasna i Akreditacija utiče na promenu ukupnog koncepta zaštite.

Prema rezultatima istraživanja koje je sproveo Verstraete sa saradnicima, akreditacija je unapredila poštovanje procedure rada⁸³. Takođe, studija sprovedena u Indiji među lekarima, direktorima bolnica, predstavnicima osiguranja, pokazala je da ispitanici daju visok stepen podrške procesu akreditacije⁸⁴, a pored toga, u akreditovanim bolnicama je lakše definisati ulogu ustanove i planiranje usluga⁸⁵.

Rezultati studije koju su sproveli Pomey i saradnici pokazali su da je sama priprema za akreditaciju bolnice, predstavljala priliku za zaposlene da razmisle o organizaciji posla i pored toga što su mislili da akreditacija nema suštinsku poentu⁸⁶.

Analiza uticaja iskustva sa akreditacijom na promenu stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji pokazala je da su zdravstveni radnici zaposleni u KBC A, koji su prošli akreditaciju, imali pozitivnije stavove o tom procesu, od zdravstvenih radnika zaposlenih u KBC B, koji nemaju to iskustvo, što ukazuje na činjenicu da samo učestvovanje u akreditaciji doprinosi pozitivnijem mišljenju o njoj.

Uzimajući u obzir ovu činjenicu, moglo bi se sugerisati da se, ispitivanje stavova zaposlenih o akreditaciji od strane poslodavca, uvede kao nezaobilazan korak pre donošenja odluke o tome da li da se u proces akreditacije učestvuje odmah ili da se pre toga organizuju stručna predavanja, koja bi zaposlenima pružila nove informacije i motivisala ih, da proces akreditovanja ustanove u kojoj su zaposleni, podrže i uspešno realizuju.

Drugi faktor koji se izdvojio analizom glavnih komponenti je Stav o povećanju profesionalne afirmacije i unapređenju radnog morala. Glavni faktorom obuhvaćena su dva pitanja: Akreditacija je značajna prilika za lični i profesionalni razvoj i Odgovornost na radu je značajno porasla nakon akreditacije.

Zaposleni u akreditovanoj ustanovi su imali bolji stav o mogućnostima povećanja profesionalne afirmacije kroz proces akreditacije, kao i o tome da akreditacija doprinosi unapređenju radnog morala.

Prema Stoelwinderu, lekari smatraju da su oni odgovorni samo za profesionalni rad sa pacijentima i saradnju sa kolegama, dok sama organizacija rada ustanove u kojoj su zaposleni nije u domenu njihove odgovornosti⁸⁷.

Australijska studija je pokazala da je jedan od faktora koji doprinosi već ojoj motivaciji za učešće u akreditaciji upravo zajednički rad sa kolegama. Pored toga, njihova zainteresovanost za uljučivanje u proces akreditacije je delom i rezultat benefita koji imaju od prethodnih angažmana⁸⁰.

Tri faktora koji se izdvojio je nazvan Stav o unapređenju komunikacije i sigurnosti na poslu. On takođe obuhvata dva pitanja: Akreditacija doprinosi porastu sigurnosti na radu za sve zaposlene i Akreditacija značajno poboljšava komunikacije na svim nivoima. Rezultati ispitivanja pokazuju da ispitanici zaposleni u KBC A imaju bolji stav o uticaju akreditacije na unapređenje komunikacije i sigurnosti na poslu.

Rezultati ispitivanja zadovoljstva zaposlenih različitim aspektima odnosa na poslu, koje je sprovedeno u beogradskim bolnicama 2015. godine, pokazuju da su zaposleni u KBC A bolje ocenili, kako neposrednu saradnju sa pretpostavljenima (ocenom 3,64), tako i neposrednu saradnju sa kolegama (ocenom 3,75), od zaposlenih u KBC B, koji su neposrednu saradnju sa pretpostavljenima ocenili ocenom 3,34, dok su za neposrednu saradnju sa kolegama ocenili sa 3,52⁸⁸.

Prema podacima koje su objavili Greenfield i Braithwaite velika većina ispitanika se složila da je program akreditacije od velike koristi za zdravstvene ustanove u kojima su zaposleni i da ima veliki uticaj na unapređenje komunikacije, poboljšanje kvaliteta i sprovođenje planiranih promena. Osim toga, sama priprema za akreditaciju zaposlenima pruža priliku da razmišljaju o organizaciji rada ustanove u kojoj su zaposleni^{81,89}.

U istraživanju sprovedenom u Australiji, poređene su akreditovane i neakreditovane bolnice i rezultati su pokazali značajnu promenu u akreditovanim bolnicama, između ostalog, u sledećih 6 oblasti: administracija i menadžment, organizacija zdravstvenih radnika, organizacija medicinskih sestara, sistemi izveštavanja, fizički uslovi, oprema i

bezbednost, definisanje uloge bolnice i planiranje. Duckett navodi poboljšanje u oblasti upravljanja i rukovo enja, sistema izveštavanja, uslova i opreme⁸⁵.

Rezultatinaše studije pokazuju da ispitanici u KBC A, koji imaju iskustvo sa akreditacijom igeneralno imaju bolje mišljenje po pitanju svih navedenih stavova o akreditaciji, od ispitanika u KBC B, koji nemaju iskustva sa akreditacijom i ije se mišljenje zasniva na predrasudama.

Kada poredimo stavove o akreditaciji izme u ispitanika ženskog i muškog pola, vidi se da su žene imale zna ajno lošije mišljenje u odnosu naStav o pove anju profesionalne afirmacije i unapre enju radnog morala od muškaraca. Sa druge strane, žene su imale zna ajno bolje mišljenje u vezi sa Stavovima o unapre enju komunikacije i sigurnosti na poslu odnosu na muškarce.

Tokom ispitivanja zadovoljstva zaposlenih, sprovedenog 2015.godine, zaposleni u KBC A su mogu nost za profesionalni razvoj i kontinuiranu edukaciju ocenili sa 3,03, što predstavlja bolju ocenu od one koju su dali zaposleni u KBC B, a koja je iznosila 2,78. Mogu nost da koriste svoja znanja ocenili su 3,42 zaposleni uakreditovanoj, a ocenom 3,04, zaposleni u neakreditovanoj bolnici⁸⁸. Prema rezultatima istraživanja koje je objavio Gradski zavod za javno zdravlje Beograd, zaposleni u KBC A su bolje ocenili i autonomiju u obavljanju posla (3,33), od zaposlenih u KBC B (2,96)⁸⁸.

Rezultatinašeg istraživanja pokazuju da medicinske sestre i zdravstveni tehni ari imaju zna ajno bolji stav o uticaju akreditacije na unapre enje komunikacije i sigurnosti na poslu od lekara.

Prema rezultatima studije koja je sprovedena u Libanu i u kojoj je u estvovalo 1048 medicinskih sestara upravo one su te koje vide zna ajno poboljšanje kvaliteta u bolnicama kao rezultat akreditacije⁹⁰.

Analiza podataka, dobijenih u našem istraživanju, koji se odnose na pore enje uticaja akreditacije na potencijalno unapre enje zadovoljstva kako zdravstvenih radnika, tako i pacijenata, pokazuje da ne postoji razlika u stavu izme u zaposlenih u akreditovanoj i zaposlenih u neakreditovanoj bolnici. Što je lošije mišljenje o akreditaciji generalno, to je

i manja šansa da zaposleni imaju pozitivno mišljenje o potencijalnom doprinosu akreditacije na unapređenje zadovoljstva.

Ispitivanje zadovoljstva zaposlenih u zdravstvenim ustanovama je, nezaobilazan dio procene kvaliteta rada jedne zdravstvene ustanove i u skladu sa tim, redovno se, jednom godišnje, sprovodi i u našoj zemlji, po prvi put od 2007. godine.

Prikazano na skali od 1-5, zadovoljstvo zaposlenih u beogradskim bolnicama u 2015. godini je iskazano prosečnom ocenom 2,91, što je značajno više od ocene iz 2014. godine, ali manje u odnosu na ocene koje su dobijene u periodu od 2011- 2013. godine⁸⁸.

Posmatrano u celini, najmanje su poslom zadovoljni tehnički radnici (istari, vozači, majstori, portiri, kuvarice i servirke), dok su administrativni radnici najzadovoljniji⁸⁸.

Kada se analizira mišljenje zaposlenih u vezi sa promenom sadašnjeg posla, primećuje se pad procenta zaposlenih koji bi ostali u državnom sektoru sa 49%, koliki je bio najviše i procenat u prethodnih 5 godina (2012. godine), na 38% u 2015. godini. Petina zaposlenih bi otišla u inostranstvo (2015. godina), dok približno četvrtina zaposlenih ne razmišlja o promeni posla, što je niže od procenta tokom prethodne četiri godine, kada se kretao u intervalu od 32-35⁸⁸.

Prema podacima iz navedenog izvora, vidi se da bi neznačajno više i broj zaposlenih u akreditovanoj KBC A (38,8%) ostao u državnom sektoru, u odnosu na zaposlene u neakreditovanoj KBC B (37%). O promeni posla u KBC A ne razmišlja 23,9%, dok taj procenat u KBC B iznosi 24,5%. Ne može se zaključiti da je akreditacija povezana sa navedenim aspektima zadovoljstva zaposlenih u posmatranim bolnicama⁸⁸.

Rezultati ispitivanja zadovoljstva zaposlenih pokazuju da je svojim poslom zadovoljno oko 30% zaposlenih u beogradskim bolnicama, što je drastično manje u odnosu na Veliku Britaniju u kojoj je procenat zadovoljnih koji su zaposleni u bolnicama čak 75%⁹¹.

Suštinska ideja akreditacije je da, uzimajući u obzir sve relevantne faktore, doprinese kreiranju kontinuiranog unapređenja kvaliteta i bezbednosti, da u sam proces

le enja, kao partnere, uklju i samog pacijenta i njegovu porodicu, da unapredi zadovoljstvo zaposlenih kroz unapre enje bezbednosti i efikasnosti rada i da indikatore kvaliteta,u pregovorima sa stejkholderima, upotrebi kao argument, koji e ih podsta i na nova finansijska ulaganja⁹⁵.

Istraživanje sprovedeno u Južnoj Africi, pokazalo je da samo u eš e bolnica u programima akreditacije unapre uje usaglašenost njihovih standardasa standardima akreditacije, dok to nije slu aj sa neakreditovanim bolnicama.Sa druge strane, rezultati dobijeni u istoj studiji, ne govore u prilog tome da je akreditacija doprinela poboljšanju vrednosti pokazatelja kvaliteta⁹⁶.

Prema rezultatima Accredited studije, postoji zna ajna povezanost izme u akreditacije i organizacione kulture i liderstva⁸⁹.Sa druge strane, prema ovoj studiji, na ena je samo slaba povezanost izme u akreditacije i klini kih indikatora. Nije na en uticaj akreditacije na uklju ivanje pacijenata u proces le enja.

Studija koja je obuhvatila 38 bolnica iz 8 razli itih zemalja, a koje su prošle neki od vidova eksterne procene, ukazuje na injenicu da su ove ustanove zna ajno usaglašenije sa standardima koje je Svetska zdravstvena organizacija postavila u vezi sa promocijom zdravlja, od ustanova koje nisu prošle spoljašnju procenu⁹⁷.

Prema našoj studiji, iako akreditovana bolnica tokom posmatranog vremenskog perioda ima nižu stopu letaliteta u odnosu na neakreditovanu, ta injenica nije odraz uticaja aktivnosti koje su povezane sa akreditacijom. Me utim, može se re i da su faktori koje doprinose nižem letalitetu bili prisutni u KBC A godinama pre zapo injanja priprema za akreditaciju, te da se ustanove sa manjim letalitetom potencijalno pre i odlu uju na akreditaciju, u odnosu na one ustanove gde je ukupni letalitet visok. S obzirom na injenicu da nije na eno zna ajno variranje u vrednostima ovog pokazatelja tokom celokupnog posmatranog perioda, trebalo bi preduzeti neophodne korake na nivou zdravstvenog sistema, koji bi doprineli smanjenju letaliteta u bolnicama. Osim toga, trebalo bi revidirati aktuelne akreditacione standarde, kako bi ubudu e efekat usaglašavanja standarda bolnica sa njima, za rezultat imao smanjenje stope ukupnog letaliteta.

U prilog ovoj sugestiji, govore i rezultati nacionalne studije sprovedene u Danskoj u periodu od 2009-2012. godine, kada je izme u akreditovanih i neakreditovanih bolnica pra ena smrtnost pacijenata u toku 30 dana od prijema u bolnicu. Prema ovoj studiji, smrtnost je bila niža u grupi pacijenata koji su primljeni u bolnice koje su bile u potpunosti akreditovane u odnosu na neakreditovane bolnice⁷¹.

Tako e, rezultati studije sprovedene u ameri kim bolnicama, u kojoj je pra ena smrtnost u intervalu od 30 dana nakon transplantacije mati nih elija hematopoeze, pokazuju ve i rizik umiranja u roku od 30 dana od intervencije kod bolesnika koji su le eni u neakreditovanoj ili delimi no akreditovanoj bolnici, u odnosu na one koji su le eni u potpuno akreditovanoj bolnici⁹⁸.

injenica da je procenat umrlih u toku prvih 48h od prijema, u obe bolnice, tokom posmatranog vremenskog perioda kontinuirano opadao, govori u prilog prisustvu pozitivnih intervencija na nivou zdravstvenog sistema. Veoma zanimljivo je da je u KBC A, u godini neposredno nakon akreditacije, došlo do uve anja ovog pokazatelja. Ovaj porast bi se mogao povezati sa preciznijim izveštavanjem zbog uvo enja novog informacionog sistema na nivou ustanove po etkom 2015. godine. S obzirom da naši rezultati ne pokazuju uticaj aktivnosti koje su povezane sa akreditacijom na vrednosti ovog pokazatelja, ovo je još jedan argument koji govori u prilog potrebi za revidiranjem akreditacionih standarda. Osim što je neophodno da pomenuti standardi budu primereni za odre enu zdravstvenu instituciju i definisani u skladu sa eventualnim specifi nostima zdravstvenih usluga koje ona pruža, neophodno je i da se kontinuirano modifikuju i uskla uju sa tehnološkim napretkom u zdravstvu⁷³.

Kada se analizira prose na dužina bolni kog le enja, može se videti da je KBC A imala zna ajno kra u prose nu dužinu bolni kog le enja u odnosu na KBC Bi ona se, tokom pra enog perioda, u KBC A kretala u intervalu od 5,75 do 7,07, dok se, u KBC B kretala u intervalu od 5,88 do 8,15. Ipak, analizom podataka nismo došli do zaklju ka da je je ovakav rezultat povezan sa procesom akreditacije. On se pre može pripisati injenici da smanjenje dužine bolni kog le enja po pacijentu prati smanjenje stope bolni kog mortaliteta koji je generisan u jedinicama intenzivnog le enja kod kriti no obolelih^{99, 100}.

Iz naših rezultata vidi se da akreditovana bolnica tokom perioda od 2010- 2015. godine, beleži značajan pad prosečne dužine čekanja na prvi pregled, dok neakreditovana bolnica beleži značajan porast. Ovaj pozitivan pomak u KBC A je rezultat organizacionih promena koje su nastupile tokom 2010. godine, a koje su podrazumevale uvođenje dvosmernog ambulantnog rada svakodnevno.

Do tog perioda, pregledi u ambulanti su organizovani u poslepodnevnoj smeni samo tokom jednog dana u nedelji. Jedan od razloga koji je doveo do ovakve pozitivne promene sigurno je i činjenica da je 2009. godine izvršena dopuna Pravilnika o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sa četiri dodatna člana (66a, 66b, 66v, 66g) u okviru novog poglavlja "11.1 Zakazivanje specijalisti konsultativnih pregleda i korišćenje zdravstvene zaštite u privatnoj praksi i dopunskom radu kod davaoca usluga"¹⁰¹.

Prema ovom Pravilniku, ustanova je dužna da osiguraniku, najkasnije u roku od 30 dana od dana javljanja, zakaže specijalisti konsultativni pregled ili dijagnostički pregled za koji nije propisano utvrđivanje liste čekanja¹⁰².

Ukoliko se ne ispune uslovi za realizaciju usluge u ovom roku, ustanova je dužna da osiguraniku izda potvrdu o tome, sa kojom on dalje može, u drugoj ustanovi privatne prakse ili u okviru dopunskog rada u zdravstvenoj ustanovi sa kojom je zaključen ugovor, da obavi isti i da matičnoj filijali podnese zahtev za refundaciju troškova. Ako, tokom razmatranja zahteva, matična filijala utvrdi da je zahtev osiguranika osnovan, refundira i mu troškove, a zdravstvenoj ustanovi koja nije obavila pregled u roku od 30 dana, umanji i ugovorenu naknadu za iznos tih refundiranih troškova¹⁰³.

Daljom analizom dobijenih rezultata nađeno je da i pored pozitivnih efekata navedenih organizacionih promena, značajan uticaj na smanjenje dužine čekanja na prvi pregled za nivou ustanove ima akreditacija. Interesantno je navesti da je u 2015. godini, dužina čekanja na zakazan prvi pregled u akreditovanoj bolnici iznosila nepunih 11 dana, dok se u neakreditovanoj bolnici na pregled čekalo oko 26 dana.

Analizom podudarnosti kliničkih i obdukcione dijagnoza, nije na ena povezanost vrednosti ovog pokazatelja sa samim procesom akreditacije.

Pokazatelji kvaliteta koji se odnose na bezbednost pacijenta, a koji su pra eni u okviru ove studije su: Stopa pacijenata sa dekubitusima iskazana na 1000 ispisanih pacijenata, Stopa padova pacijenata iskazana na 1000 dana hospitalizacije, Stopa tromboembolijskih komplikacija iskazana na 1000 ispisanih bolesnika, Stopa incidencije svih bolni kih infekcija na jedinici intenzivne nege i Stopa ponovljenih operacija u istoj regiji na 1000 operisanih pacijenata.

Tokom perioda od 2010.do 2015. godine, u KBC A vrednost stope pacijenata sa dekubitusima kontinuirano opada kroz vreme, s tim što je od 2013. godine(od godine u kojoj je doneta odluka da se u e u proces akreditacije) njegova vrednost pala ispod 1% i postaje najniža u godini nakon akreditacije.Bez obzira na kontinuirani trend pada vrednosti ovog pokazatelja kroz posmatrani period, rezultati našeg istraživanja pokazuju da postoji direktan uticaj aktivnosti povezanih sa akreditacijom na pad stope pacijenata sa dekubitusom.

Stopa padova je izuzetno zna ajan pokazatelj.Veliki broj pacijenata prilikom padova zadobije dodatne povrede, što može pove ati dužinu le enja¹⁰⁴.

Analizom ovog pokazatelja, nije na eno da postoji razlika izme u vrednosti dobijenih iz akreditovane KBC A i neakreditovane KBC B tokom ukupnog pra enog perioda. Generalno, vrednosti ovog pokazatelja u obe ustanove su ispod 1 i tokom pra enog vremenskog perioda nije dolazilo do zna ajnih oscilacija u vrednostima.

Kada se analizira stopa bolni kih infekcija, vidi se da KBC A beleži zna ajno manju incidencu bolni kih infekcija u odnosu na KBC B i to naro ito u periodu pre 2013. godine, kada dolazi do približavanja incidence izme u ustanova.S obzirom na injenicu da je prona en zna ajan uticaj procesa akreditacije na vrednosti ovog pokazatelja, možemo re i da je akreditacija doprinela realnijem pra enju pokazatelja kvaliteta i izveštavanju u KBC A.

Analizom stope tromboembolijskih komplikacija nije na ena razlika izme u posmatranih ustanova niti povezanost sa uticajem akreditacije, a isti je slu aj i sa analizom stope ponovljenih operacija u istoj regiji.

KBC A tokom pra enog perioda beleži zna ajno manju stopu internisti kog letaliteta u odnosu na KBC B, što je u skladu sa navedenim rezultatima koji pokazuju da je i stopa letaliteta, na nivou cele ustanove, niža u posmatranom periodu. Sa druge strane, proces akreditacije nije imao uticaj navrednosti ovog pokazatelja.

Tokom pra enog vremenskog perioda postoji zna ajan pad prose ne dužine bolni kog le enja na internim odeljenjima kroz godine. KBC B beleži zna ajno manju dužinu bolni kog le enja na internom odeljenju u odnosu na KBC A, što nije slu aj kada se posmatra dužina bolni kog le enja na nivou ustanove. Vrednosti ovog pokazatelja se ne može dovesti u vezu sa uticajem procesa akreditacije.

Analizom stope letaliteta od akutnog infarkta miokarda (AIM), nije na ena razlika izme u posmatranih ustanova, a nije na enni zna ajan uticaj akreditacije navrednosti ovog pokazatelja u KBC A.

Chen je sa saradnicima ispitivao povezanost izme u kvaliteta nege i preživljavanja od akutnog infarkta miokarda u akreditovanim i neakreditovanim bolnicama. Prema rezultatima njegove studije, pokazatelji kvaliteta su bili bolji u akreditovanim bolnicama⁹⁸. U ovom istraživanju, nismo došli do takvog zaključka.

Kada se posmatra dužina bolni kog le enja od akutnog infarkta miokarda, vidi se da je ona zna ajno kra a u KBC B i iznosi u 2015. godini u proseku 2,73 dana, u odnosu na KBC A, u kojoj je u tom periodu dužina bolni kog le enja od akutnog infarkta miokarda 5,1 dan. Ovo se objašnjava injenicom da KBC B pacijente, nakon osnovnog zbrinjavanja i nakon procedura iz oblasti interventne kardiologije, prema potrebi, otpušta veoma brzo na ku no le enje ili ih vra a u nadležne ustanove, kojima pacijent, prema mestu prebivanja pripada i u kojima se nega dalje nastavlja.

Tokom pra enog vremenskog perioda, KBC A beleži zna ajno strmiji trend pada dužine bolni kog le enja od AIM, u odnosu na KBC B, s tim što se, od 2013. godine, kada je doneta odluka da se u e u proces akreditacije, dužina bolni kog le enja smanjila na ispod 6 dana i analiza pokazuje da je to rezultat aktivnosti povezanih sa akreditacijom.

Tokom ukupnog pra enog perioda, KBC A beleži zna ajno manju stopu letaliteta od cerebrovaskularnog infarkta (CVI), iako u 2014. i 2015. godini beleži zna ajan porast letaliteta od CVI u odnosu na KBC B. S obzirom da je na en i uticaj akreditacije na stopu letaliteta od CVI, ovo se može objasniti injenicom da je akreditacija doprinela verodostojnijem izveštavanju. Sa druge strane, u KBC B se od 2014. godine sprovodi tromboliti ka terapija, dok se ista ne sprovodi u KBC A.

KBC A beleži zna ajno duže bolni ko le enje od CVI u odnosu na KBC B, što tako e može biti povezano sa injenicom da se tromboliti ka terapija primenjuje u KBC B, te je i vreme oporavka kra e. Vrednosti ovih pokazatelja se ne mogu dovesti u vezu sa procesom akreditacije.

Kada se analizira stopa letaliteta na hirurgiji, ne nalazi se razlika izme u akreditovane i neakreditovane bolnice, ali zato KBC A ima zna ajno kra u dužinu bolni kog le enja na hirurgiji u odnosu na KBC B. Ipak, nije na en uticaj procesa akreditacije nadužinu bolni kog le enja na hirurgiji.

Analizom broja operisanih pacijenata po hirurgu, vidi se da KBC A ima zna ajno ve i broj operisanih pacijenata po hirurgu u odnosu na KBC B. U akreditovanoj bolnici, u proseku, svaki hirurg godišnje uradi 99 hirurških intervencija, dok taj broj u neakreditovanoj bolnici iznosi 72. Nije na en uticaj procesa akreditacije na vrednosti ovog pokazatelja.

U periodu od 2007- 2013. godine, u KBC A se duže ekalo na prvi pregled hirurga, nego u KBC B. Od 2013. godine, situacija se menja, s tim da je tokom 2015. godine, dužina ekanja na prvi pregled hirurga u proseku iznosila 13 dana u KBC A, a oko 26 dana u KBC B. Iz podataka se vidi da je trend smanjenja dužine ekanja u KBC A po eo od 2010. godine, od kada se beleži i smanjenje dužine ekanja na prvi pregled na nivou

ustanove. U skladu sa tim i ova pozitivna promena je delom rezultat organizacionih izmena koje su podrazumevale uvođenje dvosmernog ambulantnog rada svakodnevno, a koje su nastupile u KBC A tokom 2010. godine. Pored toga, rezultati naše studije pokazuju da je i proces akreditacije imao značajan uticaj na smanjenje dužine čekanja na prvi pregled hirurga.

Međutim i pored ovih značajnih pozitivnih efekata akreditacije, kada je zadovoljstvo korisnika zdravstvene zaštite u pitanju, prema rezultatima analize koju smo mi sprovedeli, nije bilo značajnog uticaja procesa akreditacije na vrednosti ovog pokazatelja i nije bilo značajnih razlika u zadovoljstvu između onih koji se leže u akreditovanoj, u odnosu na one koji se leže u neakreditovanoj bolnici.

Analiza faktora koji generalno utiču na zadovoljstvo korisnika zdravstvene zaštite bolničkim lečenjem je danas nezaobilazan korak u proceni kvaliteta rada bolnica u Republici Srbiji. U skladu sa tim se, jednom godišnje, sprovodi istraživanje korisnika bolničkog zdravstvenom zaštitom.

Rezultati istraživanja koje je u 2015. godini obavljeno u 17 beogradskih stacionarnih ustanova pokazuju da su muškarci generalno zadovoljniji bolničkom zdravstvenom zaštitom od žena i da zadovoljstvo opada sa porastom nivoa obrazovanja korisnika. Pored toga, rezultati ukazuju i na činjenicu da zadovoljstvo raste sa poboljšanjem materijalnog statusa i sa porastom godina starosti ispitanika⁹².

Prosečna ocena za sve ustanove iznosi 4,31 što je približno rezultatu iz 2014. godine (4,32). KBC A se nalazi na 13. mestu sa ocenom 4,26, dok je KBC B odmah iza nje na 14. mestu rang liste, sa ocenom 4,20. Prema podacima koje je objavio Gradski zavod za zaštitu zdravlja Beograd, tokom prethodnog perioda, od 2007-2015. godine, ocena zadovoljstva korisnika bolničkom zaštitom u KBC A se kretala u rasponu od 4,21-4,33, slično kao u neakreditovanoj KBC B, u kojoj se, prosečna ocena kretala u rasponu od 4,21- 4,37. U obe posmatrane bolnice, ocena u 2015. godini je niža od ocene u 2014. godini⁹².

Studija sprovedena u Saudijskoj Arabiji pokazuje da su pacijenti generalno zadovoljniji u akreditovanim bolnicama⁹³.

Sa druge strane, studija sprovedena u Sjedinjenim Američkim Državama, u kojoj je poređeno zadovoljstvo pacijenata u akreditovanim i u neakreditovanim bolnicama, kao i njihovo mišljenje o nivou kvaliteta pruženih usluga, pokazalo je da razlike u njihovim stavovima nema⁹⁴, što je u skladu sa rezultatima našeg istraživanja.

Salmon sa saradnicima u svojoj studiji ističe da su bolnički standardi akreditovanih ustanova usklađeni sa onim što je predviđeno akreditacionim standardima, što nije slučaj sa neakreditovanim bolnicama. S druge strane, nije nađeno nikakvo poboljšanje u vrednostima pokazatelja kvaliteta u akreditovanoj ustanovi⁹⁶.

Rezultati istraživanja sprovedenog samo u državnim psihijatrijskim bolnicama u SAD-u pokazuju samo slabu povezanost između akreditacije i vrednosti pokazatelja kvaliteta¹⁰⁵.

Kada uzmemo u obzir sve navedene činjenice, možemo reći da je, uprkos tome što dosadašnje studije ne obezbeđuju dovoljno vrstih empirijskih dokaza o efikasnosti akreditacije, verovatno da se odustati od ovog procesa je veoma mala⁴.

S obzirom da, prema rezultatima naše studije, zdravstveni radnici koji su imali iskustvo sa akreditacijom imaju i stav da se akreditacijom postižu dugotrajni uticaji na planiranje, realizaciju i promenu ukupnog koncepta zdravstvene zaštite, neophodno je osvrnuti se i na značaj konceptualnih reformi u sferi povezivanja kvaliteta sa troškovima zdravstvene zaštite, budući da sam proces i postupak akreditacije nosi i znatne troškove za ustanovu. Vuković i Jakovljević su, u studiji ekonomskog rasuđivanja zdravstvenih stručnjaka, pokazali da je opservacija zdravstvenih stručnjaka o zanemarivanju troškova kvaliteta od strane menadžmenta, najvažniji faktor njihovog ekonomskog rasuđivanja¹⁰⁶.

Jakovljević i saradnici, dodatno ističu da su ekonomske restrikcije u zdravstvu sprovedene u periodu od 2010-2013. godine u Srbiji, zbog skorašnje ekonomske krize, značajno pogoršale stavove zdravstvenih stručnjaka u pogledu ocenjivanja kvaliteta zdravstvene zaštite.¹⁰⁷

Pogoršanje rasuđivanja zdravstvenih stručnjaka u smislu većeg zanemarivanja troškova kvaliteta od strane menadžmenta u zdravstvenim ustanovama, Vuković obrazlaže

kao pogubnu posledicu ekonomskih restrikcija (ako se one sprovode per se) i ako se, u cilju smanjenja direktnih troškova u zdravstvenim ustanovama, istovremeno ne vrši sprovođenje reformskih, dugoročnih, konceptualnih mera u sferi upravljanja kvalitetom sa trajnim ekonomskim benefitima za ustanovu, a koji se ogledaju u smanjenju troškova kvaliteta¹⁰⁸.

Zato je važno ista i da rezultati našeg istraživanja pokazuju da zdravstveni radnici koji su imali iskustvo sa akreditacijom, akreditaciju doživljavaju kao intervenciju koja ima dugoročan pozitivan uticaj na planiranje i realizaciju i koja konceptualno ima reformski karakter u zdravstvenoj ustanovi. Otuda, nedostatak sredstava za pokrivanje troškova akreditacije (zbog manjih godišnjih davanja u toku ekonomskih restrikcija od strane Republike i fonda za zdravstveno osiguranje i Ministarstva zdravlja) predstavlja barijeru za sprovođenje akreditacije, samo u ustanovama u kojima menadžerski timovi zanemaruju troškove kvaliteta i nedovoljno poznaju i/ili primenjuju koncept permanentnog unapređenja kvaliteta u procesu pružanja zdravstvenih usluga. Sa druge strane, rezultati ove studije impliciraju da je stav zdravstvenih radnika da upravo takvo rukovođenje, ne samo da predstavlja barijeru za sprovođenje akreditacije, već je i prepreka za planiranje i razvoj koncepta permanentnog osvajanja kulture kvaliteta, ali i prepreka za njihov profesionalnu afirmaciju i poboljšanje radnog morala u ustanovi.

Ograničenja ovog istraživanja proističu iz relativno malog broja praćenih indikatora, činjenice da su oni posmatrani u samo dve zdravstvene ustanove, kao i kratkog perioda praćenja njihovih vrednosti nakon sprovedene akreditacije. S obzirom da sprovedeno istraživanje uključuje primenu dizajna „kvazi-eksperimenta“ i da je isključena mogućnost randomizacije, jasno je da se posmatrane ustanove mogu razlikovati u velikom nizu karakteristika. Imaju i u vidu činjenicu da ove „baseline“ karakteristike mogu značajno uticati na vrednosti procenjivanih indikatora, moguće je da se uoče razlike između zdravstvenih ustanova mogu pripisati tim drugim faktorima, a ne samom procesu akreditacije. Ovakva vrsta pristrasnosti više odgovara konfaundingu nego pristrasnosti izbora i mogla bi da se nazove „confounding by hospital-specific baseline characteristics“.

S obzirom na činjenicu da je, širom sveta, sproveden veliki broj studija o uticaju akreditacije na kvaliteta rada zdravstvenih ustanova i da, uprkos tome, nema dovoljno

dokaza koji taj uticaj sa sigurnoš u potvr uju, name e se i pitanje senzitivnosti pokazatelja kvaliteta u merenju efekata akreditacije. U tom smislu, nova istraživanja, koja bi se fokusirala, pre svega,na merenje benefita koje zdravstvena ustanova dobija akreditacijom, mogla bi da daju novi smisao ovom, za pojedine zdravstvene ustanove, finansijski veoma zahtevnom procesu.

6.0 ZAKLJU CI

Naše istraživanje je sprovedeno u dve beogradske bolnice od kojih je jedna akreditovana, a druga nije i obuhvata Studiju ispitivanja stavova zdravstvenih radnika o akreditaciji i Analizu pokazatelja kvaliteta.

1. Na osnovu dobijenih rezultata istraživanja, zaključeno je da Upitnik o stavovima zdravstvenih radnika o akreditaciji ima visoku sadržinsku i strukturnu validnost, te je pouzdan instrument za ispitivanje stavova zdravstvenih radnika u vezi sa procesom akreditacije. Njegova upotreba omogućava da se na brz i jednostavan način dobije jasan uvid u stavove zaposlenih u vezi sa suštinskim aspektima akreditacije, kao što su stav o pozitivnim dugotrajnim uticajima akreditacije na planiranje, realizaciju i promenu ukupnog koncepta zdravstvene zaštite, stav o povećanju profesionalne afirmacije i unapređenju radnog morala i stav o unapređenju komunikacije i sigurnosti na poslu.
2. Zdravstveni radnici, koji su imali iskustvo sa akreditacijom, ovaj proces doživljavaju kao intervenciju koja ima dugoročan pozitivan uticaj na planiranje i realizaciju planova i koja konceptualno ima reformski karakter u zdravstvenoj ustanovi. Rezultati pokazuju da je njihovo mišljenje o akreditaciji bolje od mišljenja zdravstvenih radnika koji su zaposleni u neakreditovanoj ustanovi i koji nemaju iskustvo sa ovim procesom, čime se potvrđuje hipoteza da su zdravstveni radnici informisani o procesu akreditacije i da imaju pozitivan stav prema njemu.
3. Zaposleni u akreditovanoj ustanovi imaju bolje stavove i o mogućnostima povećanja profesionalne afirmacije kroz proces akreditacije, o tome da akreditacija doprinosi unapređenju radnog morala, zatim o uticaju akreditacije na unapređenje komunikacije na poslu, pri čemu bolje ocenjuju i komunikaciju

sa pretpostavljenima i komunikaciju sa kolegama, od zaposlenih u neakreditovanoj ustanovi.

4. Zdravstveni radnici zaposleni u akreditovanoj zdravstvenoj ustanovi imaju bolje mišljenje o uticaju akreditacije na povećanje sigurnosti na poslu.
5. Prema dobijenim rezultatima istraživanja, od izuzetnog je značaja da menadžment zdravstvene ustanove u kojoj se planira sprovođenje procesa akreditacije, pre započinjanja samog procesa, ispita stavove zaposlenih u vezi sa njim i da zaposlenima obezbedi blagovremene i konkretne informacije. Neophodno je da oni budu upoznati, kako sa samim procesom akreditacije, tako i sa potencijalnim benefitima koje on donosi, jer upravo su zaposleni ti koji su glavni nosioci aktivnosti koje akreditacija podrazumeva i od njihove motivisanosti i angažovanosti najviše zavisi sa koliko uspeha će ona biti realizovana.

Analiza pokazatelja kvaliteta akreditovane i neakreditovane bolnice, dizajnirana je kao kvazi-eksperimentalno istraživanje razlike-u-razlici između dve grupe hronološki poređanih podataka u periodu od 2007-2015. godine i obuhvatila je procenu razlike u indikatorima kvaliteta između akreditovane i neakreditovane ustanove, čime je realizovan prvi cilj istraživanja, zatim procenu trenda variranja vrednosti izabranih pokazatelja kvaliteta tokom pratećeg perioda i procenu direktnog uticaja aktivnosti povezanih sa akreditacijom na vrednosti pratećih indikatora kvaliteta. Kao izvori podataka korišćeni su godišnji izveštaji o indikatorima kvaliteta i produktivnosti izvršenja posmatranih bolnica. Podaci su dobijeni od nadležnog Gradskog zavoda za zaštitu zdravlja Beograd.

6. Prema dobijenim rezultatima, akreditacija je imala uticaj na šest posmatranih pokazatelja kvaliteta.
7. Akreditacija je doprinela realnijem pratećem pokazatelju kvaliteta, kao i realnijem izveštavanju, naročito u slučaju incidence bolničkih infekcija i stope letaliteta od cerebrovaskularnog insulta.
8. Akreditacija je uticala na skraćivanje dužine čekanja na prvi pregled za nivo ustanove. U 2015. godini, na prvi specijalistički pregled u akreditovanoj bolnici se u proseku čekalo 11 dana, a u neakreditovanoj 26 dana, što je samo jedna od

potvrda hipoteze prema kojoj proces akreditacije doprinosi poboljšanju kvaliteta rada bolnice.

9. Akreditacija je uticala i na smanjenje stope pacijenata sa dekubitusima, što potvrđuje hipotezu da akreditacija doprinosi poboljšanju bezbednosti pacijenata.
10. Kraja dužina lečenja od akutnog infarkta miokarda takođe je rezultat uticaja procesa akreditacije.
11. Akreditacija je doprinela i kraćoj dužini čekanja na prvi pregled hirurga. U akreditovanoj bolnici se, u 2015. godini, na prvi pregled hirurga čekalo u proseku 13 dana, dok je u neakreditovanoj bolnici taj period bio duplo duži.
12. Analizom zadovoljstva korisnika zdravstvene zaštite, nismo došli do zaključka da je akreditacija imala uticaj na vrednosti ovog pokazatelja.
13. Prema rezultatima našeg istraživanja, akreditacija nije uticala na stopu ukupnog letaliteta, procenat umrlih u toku prvih 48h od prijema, prosečnu dužinu bolničkog lečenja za nivo ustanove, podudarnost kliničke i obdukcione dijagnoze, stopu padova, stopu trombo-embolijskih komplikacija, stopu ponovljenih operacija u istoj regiji, stopu internističkog letaliteta, dužinu bolničkog lečenja na internom, stopu letaliteta od akutnog infarkta miokarda, prosečnu dužinu bolničkog lečenja od cerebrovaskularnog insulta, stopu letaliteta na hirurgiji, prosečnu dužinu bolničkog lečenja na hirurgiji, kao ni na prosečan broj operisanih pacijenata u opštoj, regionalnoj i lokalnoj anesteziji po hirurгу.
14. S obzirom na navedene činjenice, važno je istaći i neophodnost kontinuiranog revidiranja aktuelnih akreditacionih standarda, kako bi ubuduće, efekat usaglašavanja standarda bolnica sa njima, doprineo daljem unapređenju kvaliteta i bezbednosti pacijenata u ovim ustanovama. Od izuzetnog je značaja da pomenuti standardi budu u potpunosti usklađeni sa zdravstvenom institucijom koja je u procesu akreditacije i definisani u skladu sa specifičnostima zdravstvenih usluga koje ona pruža, kao i da se kontinuirano modifikuju i usklađuju sa tehnološkim napretkom u zdravstvu.
15. Nakon analize dobijenih rezultata, izdvojile su se i smernice za dalja istraživanja, koja bi, pre svega, trebala da idu u pravcu fokusiranja na

identifikaciju konkretnih benefita koje ustanova dobija akreditacijom. S obzirom na činjenicu da i pored velikog broja istraživanja u oblasti uticaja procesa akreditacije na vrednosti pokazatelja kvaliteta, nema vrstih potvrda koje govore u prilog njegovoj efikasnosti, neophodno je sprovesti nova istraživanja i prikupiti nove dokaze. Ti dokazi bi mogli predstavljati značajnu podršku menadžmentu u donošenju odluke o tome da li je akreditacija adekvatan izbor za poboljšanje kvaliteta i bezbednosti pacijenata u jednoj zdravstvenoj ustanovi.

Doktorska teza je doprinos multidisciplinarnoj oblasti javnog zdravlja, koja se bavi mehanizmima za procenu, merenje, a pre svega unapređenje kvaliteta rada u zdravstvu, jer obezbeđuje nova saznanja koja nedostaju u literaturi, kako u našoj sredini, tako i u drugim regionima, a koja se odnose na ulogu akreditacije i njenu povezanost sa unapređenjem kvaliteta bolničke zdravstvene zaštite.

Poseban doprinos teze je validiran instrument, Upitnik o stavovima zdravstvenih radnika o akreditaciji, koji omogućava da se brzo i pouzdano stekne jasan uvid u stavove zaposlenih u zdravstvenim ustanovama u vezi sa procesom akreditacije.

7.0 LITERATURA

1. Greenfield D, Braithwaite J. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: a call for transparency and innovation. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18(3): 162–63.
2. Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije. Kursevi za obuku spoljašnjih ocenjiva a; 2010.
3. Hinchcliff R, Greenfield D, Moldovan M, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V, et al. Narrative synthesis of health service accreditation literature. *BMJ Qual Saf*. 2012; 21(12): 979–91.
4. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research* 2015; 15(1):280.
5. Accreditation Canada. The Value and Impact of Health Care Accreditation. Available from: [http:// www.accreditation.ca/.](http://www.accreditation.ca/))
6. Jovanovic B. Accreditation as a Method for Assessing Quality in Health Care. *Arch Oncol* 2005; 19: 156-9.
7. Alkhenizan A, Show C. Impact of Accreditation on the Quality of Health service: a systematic review of the literature *Annals of Saudi Medicine* 2011; 31(4): 407-16.
8. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj* 2012; 344: e1717)
9. Cuci V. *Socijalna medicina*; 2000.
10. Vlada Republike Srbije. Strategija za stalno unapre enje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenta; 2009.
11. WHO. Quality Assurance in Health Service. EURO 38. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1988.

12. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the quality of health care in the European Union – A case for action. WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
13. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2002.
14. Sheldon M. Medical Audit in General practice. Occasional Paper. London. The royal College of General Practitioners; 1982.
15. Lohr K. A Strategy for Quality Assurance Vol I, National Academy Press 1990; Available from: [http:// www.nap.edu/](http://www.nap.edu/).
16. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the quality of health care in the European Union – A case for action. WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
17. Institute of Medicine (IOM). Clinical Practice Guidelines. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.
18. Klazinga N. Reengineering trust: the adoption of four models of external quality assurance in health services in Western European Healthcare System. International Journal for Quality in Healthcare 2000; 12(3): 183-89
19. Donabedian A. Zašto kvalitet? Predavanje na Konferenciji o obezbe enju kvaliteta zdravstvene zaštite; 1987.
20. Kodeks profesionalne etike lekarske komore Srbije “Sl.glasnik RS“, br. 121/2007, član 8, Stalno stručno usavršavanje
21. Last MJ. Re nika javnog zdravlja, Beograd: Libri Medicorum; 2009.
22. Donabedian A. The Definition of Quality. Approach to its Assessment Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan; 1982.
23. Moss F. The Importance of Quality. In: Simpson J, Smith R, editors. Management for Doctors. London, BMJ Publishing Group; 1995.p. 152-62.
24. Rakich J, Longest B, Darr K. Managing Health Services Organization. 3rd ed. Baltimore, Maryland: Health Professions Press; 1993.
25. Willson C. Strategies in Health Care Quality. Toronto. Sanders Company; 1992.
26. Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite, “Sl.glasnik RS 49/2010” od 21.07.2010. godine.

27. Graduate Medical Education That Meets the Nation's Health Needs. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; July 29, 2014.
28. Friedberg MW. The potential impact of the medical home on job satisfaction in primary care. *Arch Intern Med.* 2012; 172: 31-32.
29. Linzer M, Manwell LB, Williams ES, Bobula JA, Brown RL, Varkey AB, et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 28-36.
30. Sinsky CA, Willard-Grace R, Schutzbank AM, Sinsky TA, Margolius D, Bodenheimer T. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *Ann Fam Med.* 2013; 11: 272-278.
31. Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA. *Oxford Handbook of Public Health Practice.* Second edition. Oxford: Oxford University Press, 2006.
32. Donabedian A. *The Definition of Quality. Approach to its Assessment Health Administration Press.* Ann Arbor, Michigan 1982.
33. Mumford V. Health Services Accreditation *International Journal for Quality in Health Care* 2013; 25: 606-8
34. Bentley T, Malin J, Longino S, Asch S, Dy S, Lorenz KA. Methods for improving efficiency in quality measurement: the example of pain screening. *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23(6): 657-663
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzr054> 657-663 First published online: 16 August 2011.
35. Donabedian A. *Exploration in Quality Assessment and Monitoring.* Volume 1, 2, 3. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1985.
36. Cucu V, Simi S, Bjegovi V, Vukovi D, Eri -Marinkovi J, Jela P, et al. Terminološki rečnik kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2000. p. 102.
37. Cucu V, Simi S, Bjegovi V, Vukovi D, Eri -Marinkovi J, Jela P, et al. Terminološki rečnik kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2000. p. 43..
38. Cucu V, Simi S, Bjegovi V, Vukovi D, Eri -Marinkovi J, Jela P, et al. Terminološki rečnik kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2000, strana 88.

39. Cucu V, Simi S, Bjegovi V, Vukovi D, Eri -Marinkovi J, Jela P, et al. Terminološki rečnik kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2000, strana 66.
40. Simi S, editor. Socijalna medicina. Beograd: Medicinski fakultet; 2012.
41. AZUS-Akreditacioni program, vodič za samoocenjivanje; 2010.
42. Cucu V, Simi S, Bjegovi V, Vukovi D, Eri -Marinkovi J, Jela P, et al. Terminološki rečnik kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2000, strana 41.
43. Cucu V, Simi S, Bjegovi V, Vukovi D, Eri -Marinkovi J, Jela P, et al. Terminološki rečnik kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2000. strana 40
44. Maxwell R. Quality assessment in health, BMJ 1984; 288: 1470-2.
45. Hippocrates. Epidemics, knjiga I, poglavlje XI, c. 400p.n.e
46. Chantler C. The Role of Education of Doctors in the Delivery of Health Care, Lancet, Vol.353 (1999)p.1181
47. The Canadian Patient Safety Dictionary, 2003 Available: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient_safety_dictionary_e.pdf
48. Eldar R. Quality of Care: Central Subject in all Medical and Surgical Disciplines. Zagreb: Medicinska naklada, 2005.
49. Available from: http://www.centerfortransforminghealthcare.org/tst_pfi.aspx
50. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review Ann Intern Med. 2013; 158(5_Part_2): 390-396. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005
51. Almoajed A. Relationship Between Accreditation and Quality Indicators in Hospital. A review of the literature. World Applied Science Journal 2012; 17:598-606
52. Pomey MP. Does Accreditation Stimulate Change Implementation Science 2010; S21 Available from: <http://www.implementation-science.com/>
53. Joint Commission International. Standards for Hospital 2008; Available from: <http://www.jointcommissioninternational.org/>
54. Pravilnik o akreditaciji zdravstvenih ustanova, Službeni glasnik RS, br.112/09

55. Jaafaripooyan E, Agrizzi D, Akbari-Haghighi F. Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures. *Int J Qual Health Care*. 2011; 23(6): 645-56
56. Broadbent J, Laughlin R. Organisational and accounting change: theoretical and empirical reflections and thoughts on a future research agenda. *J Account Organisational Change* 2005; 1: 7-26.
57. Available from: <http://www.azus.rs>
58. Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. Accreditation: a global regulatory mechanism to promote quality and safety, in: W. Sollecito and J. Johnson (Eds.), *Continuous Quality Improvement in Health Care* (4th ed), New York: Jones and Barlett Learning 2013; 4: 513-31.
59. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
60. Braithwaite J, Westbrook J, Pawsey M, Greenfield D, Naylor J, Iedema R, et al. A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, socialorganisational design for researching health sector accreditation. *BMC Health Services Research* 2006; 6: 113.
61. Øvretveit J, Gustafson D. Evaluation of quality improvement programmes. *Qual Health Care* 2002; 11: 270–5. doi:10.1136/qshc.2009.032359
62. Pomey MP. Paradox of French Accreditation Quality and Safety in health care 2008; 14: 51-55
63. Overtveit J. *Does Improving Quality Save Money*. London,UK, Health foundation 2009; Available from: <http://www.health.org/>
64. Shaw CD. *Toolkit for Accreditation Programs: Some Issues in the Design and Redesign of External Health Care Assessment and Improvement Systems*. Melbourne, Australia: International Society for Quality in Health Care; 2004.
65. Myers S. *Patient Safety and Hospital Accreditation: A Model for Ensuring Success*. New York: Springer Publishing Company; 2012.

66. Hirose M, Imanaka Y, Ishizaki T, Evans E. How can we improve the quality of health care in Japan? Learning from JCQHC hospital accreditation. *Health Policy* 2003; 66:29-49.
67. Snyder C, Anderson G. Do quality improvement organizations improve the quality of hospital care for Medicare beneficiaries? *J Am Med Assoc* 2005; 293: 2900-7.
68. Devers KJ, Pham HH, Liu G. What is driving hospitals' patient-safety efforts? *Health Aff* 2004; 23:103-15.
69. Secanell M, Groene O, Arah OA, Lopez, M. A., Kutryba, B., Pfaff, H et al. Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. *Int J Qual Health Care* 2014; 26(Suppl 1):5-15
70. Shaw CD, Groene O, Botje D, Sunol R, Kutryba B, Klazinga N, et al. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; Volume 26, Number S1: pp. 100-107 10.1093/intqhc/mzu023 Advance Access Publication: 9 March 2014.
71. Falstie-Jensen AM, Larsson H, Hollnagel E, Nørgaard M, Svendsen MLO, Johnsen SP. Compliance with hospital accreditation and patient mortality: a Danish nationwide population-based study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015 April 28; 27(3): 165-74.
72. Greenfield D, Pawsey M, Naylor J, Braithwaite J. Are accreditation surveys reliable? *International journal of health care quality assurance* 2009; 22:105-16.
73. Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. The role and impact of accreditation on the healthcare revolution [O papel e o impacto da acreditação na revolução da atenção à saúde]. *Acreditação* 2012; 1(2):1-14.
74. Scrivens E. Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment. *Qual Health Care* 1997; 6:212-8.
75. Wagner L. Joint Commission International and Quality Measurement in US Nursing Home Policy Politics *Nursing Practice* 2012; 17:8-16

76. Joint Commission. Accreditation process overview. http://www.jointcommission.org/AboutUs/Fact_Sheets/overview_qa.htm (accessed 14 Jan 2009)
77. Grasse I. What is a Measure of a Safe Hospital Journal of a Psychiatric Practice 2005; 11:68-73
78. Greperud S. Is the hospital decision to seek accreditation an effective one? The International Journal of Health Planning and Management. Volume 30, Issue 1, pages E56–E68, January-March 2015
79. Alkhenizan A, Show C. The Attitude of Health Care Professionals Towards Accreditation. A Systematic Review of Literature. J .Family Community Medicine 2012; 19(2): 74-80)
80. Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations?Int J Qual Health Care. 2011 Feb; 23(1): 8-14.
81. Greenfield D, Braithwaite J. 2008. Health sector accreditation research: a systematic review. International Journal of Quality in Healthcare 20(3): 172–183.
82. Internet stranica Gradskog zavoda za javno zdravlje Beograd. Available from: <http://www.zdravlje.org.rs/index.php/kvalitet-zdravstvene-zastite>
83. Verstraete A, van Boeckel E, Thys M, Engelen F. Attitude of laboratory personnel towards accreditation. International Journal of Health Care Quality Assurance 1998; 11(1): 27-30.
84. Nandraj S, Khot A, Menon S, Brugha R. A stakeholder approach towards hospital accreditation in India. Health Policy Planning 2001; 16(suppl 2): 70-79.
85. Duckett SJ. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. Social Science & Medicine 1983; 17(20): 1573-79.
86. Pomey MP, Contandriopoulos AP, Francois P, Bertrand, D. Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? International Journal of Health Care Quality Assurance 2004; 17(3): 113-24.
87. Stoelwinder J, McNeil JJ, Ibrahim JA. A Study of Doctors' Views on How Hospital Accreditation Can Assist Them Provide Quality and Safe Care to Consumers. Monash University, Department of Epidemiology and Preventive Medicine; 2004.

88. Gradski zavod za javno zdravlje Beograd: Analiza zadovoljstva zaposlenih u stacionarnim zdravstvenim ustanovama u Beogradu u 2015. godini, Beograd, mart 2016. TABELA 5.
89. Braithwaite J, Westbrook J, Johnston B, Clark S, Brandon M, Banks M, et al. Strengthening organizational performance through accreditation research-a framework for twelve interrelated studies: the ACCREDIT project study protocol. BMC research notes 2011;4(1): 390.
90. El-jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: Perception of Lebanese nurses. International Journal for Quality in Health Care. 2008; 20(5): 363-71.
91. NHS National Staff Survey. Dostupno na: www.healthcarecommission.org.uk/National_findings/surveys/fs/en (citirano: maj 2006).
92. Gradski zavod za javno zdravlje Beograd: Analiza zadovoljstva korisnika bolni kom zdravstvenom zaštitom u Beogradu u 2015. godini, Beograd, januar 2016.
93. Al-Qahtani MF, Al-Dohailan SK, Al-Sharani HT, Al-Medaires MA, Khuridah EN, Al-Dossary NM. The impact of the status of hospital accreditation on patient satisfaction with the Obstetrics and Gynecology Clinics in the Eastern Province, Saudi Arabia. Journal of Medicine and Medical Sciences 2012; 3(10): 665-73.
94. Beaulieu N, Epstein AM. National Committee on Quality Assurance health-plan accreditation: predictors, correlates of performance and market impact. Medical Care 2002; 40(4): 325-337.
95. Joint Commission: Accreditation, Health Care, Certification, Available from: <http://www.jointcommission.org>
96. Salmon J, Heavens J, Lombard C, Tavrow P. The Impact of Accreditation on the Quality of Hospital Care: KwaZulu-Natal Province Republic of South Africa: Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project. Bethesda: University Research Co.; 2003.

97. Groene O, Alonso J, Klazinga N. Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. *Health promotion international* 2010; 25(2): 221-29.
98. Chen J, Rathore SS, Radford MJ, Krumholz HM. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Affairs* 2003; 22(2): 243–54.
99. Vukovi M, Gvozdenovi BS, Rankovi M, McCormick BP, Vukovi DD, Gvozdenovi BD, et al. Can didactic continuing education improve clinical decision making and reduce cost of quality? Evidence from a case study. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2015; 35(2): 109-18.
100. Lilly CM, Cody S, Zhao H, Landry K, Baker SP, McIlwaine J, et al. Hospital Mortality, Length of Stay, and Preventable Complications Among Critically Ill Patients Before and After Tele-ICU Reengineering of Critical Care Processes. *JAMA* 2011; 305(21): 2175-83.
101. Pravilnik o dopunama Pravilnika o na inu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (“Službeni glasnik RS” broj 24/09)
102. Pravilnika o na inu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Pre iš en tekst (“Službeni glasnik RS” broj 10/2010, 18/2010- ispr. u 46/2010, lan 66)
103. Pravilnika o na inu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Pre iš en tekst (“Službeni glasnik RS” broj 10/2010, 18/2010- ispr. u 46/2010, lan 67, 68 i 69)
104. Available from: http://www.centerfortransforminghealthcare.org/tst_pfi.aspx
105. Hadley T, McGurrin M. Accreditation, certification, and the quality of care in state hospitals. *Psychiatric Services* 1988; 39(7): 739-42.
106. Vukovi MH, Jakovljevi MB. Structural validity and reliability of the healthcare professionals’ economic reasoning questionnaire. *Hospital Pharmacology* 2015; 2(3): 308-16.
107. Jakovljevic M, Vukovic M, Chen CC, Antunovic M, Dragojevic-Simic V, Velickovic-Radovanovic R, et al. Do Health Reforms Impact Cost Consciousness of Health Care Professionals? Results from a Nation-Wide Survey in the Balkans. *Balkan Medical Journal* 2016; 33(1): 8-17.

108. Vukovi M. Doktorska disertacija: „Psihometrijska analiza inilaca ekonomskog rasu ivanja u procesu donošenja klini ke odluke“. Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu, 2014.

PRILOG 1- Upitnik o stavovima zdravstvenih radnika o akreditaciji

Poštovana, poštovani,

Pred vama je upitnik, jedan od instrumenata za anketno istraživanje o povezanosti AKREDITACIJE I KVALITETA zdravstvene zaštite.

Upitnik je anonimna, a rezultati neće biti korišćeni isključivo u naučne svrhe.

Vaš pristanak da učestvujete u istraživanju podrazumevamo, ako vratite popunjen upitnik.

Hvala vam što ćete to učiniti.

Anketa za zdravstvene radnike

I Podaci o anketiranoj osobi

1.1. Pol M Ž (zaokružiti)

1.2. Godine starosti _____ (upisati)

1.3. Zanimanje (zaokružiti jedan od ponu enih modaliteta)

a. Lekar

b. Lekar na bilo kom rukovode em poslu

c. Sestra (tehni ar, laborant)

d. Sestra (tehni ar, laborant) na bilo kom rukovode em poslu

II Upitnik

(upisati znak ”+” ispod jednog od tri modaliteta slaganja za svaki iskaz i komentrišite ga, ako želite, u koloni za to namenjenoj)

Redni broj	Iskaz	Slažem se	Ne mogu da se odlu im	Ne slažem se	Moj komentar
2.1	Akreditacija je prilika da bolnica otkrije svoje mogu nosti, prednosti i slabosti				
2.2	Nakon akreditacije bolnica lakše i realnije može da definiše svoje ciljeve				
2.3	Svi profili zaposlenih obuhva eni su akreditacijom				
2.4	Ve sama priprema za akreditaciju doprinosi poboljšanju kvaliteta rada bolnice				
2.5	Promene koje nastaju u toku priprema za akreditaciju kratkog su trajanja				
2.6	Akreditacija je zna ajna mahom za marketing bolnice				
2.7	Akreditacija zna ajno unapre uje kvalitet rada stru njaka i bezbednost pacijenata				
2.8	Akreditacija zna ajno pove ava obim rada i optere enje kadra				
2.9	Akreditacija ne menja ništa zna ajno u zaštiti koja se pruža pacijentima				

2.10.	Procena kvaliteta zdravstvene zaštite je kontinuirani proces, deo svakodnevnih aktivnosti				
2.11.	Akreditacija povećava zadovoljstvo pruženom zaštitom kako kod zdravstvenih radnika tako i kod pacijenata				
2.12.	Najveći značaj akreditacije je u organizaciji rada u bolnici				
2.13	Korist od akreditacije mi je nejasna				
2.14	Standardi, kriterijumi i vodiči ne mogu sami popraviti kvalitet				
2.15 .	Akreditacija značajno poboljšava komunikaciju na svim nivoima				
2.16	Akreditacija utiče na promenu ukupnog koncepta zaštite				
2.17	Akreditacija je značajna prilika za lični profesionalni razvoj				
2.18	Timski rad se nedovoljno prihvata uprkos akreditaciji				
2.19	Odgovornost na radu značajno poraste nakon akreditacije				
2.20	Nedostaje planska edukacija bazirana na potrebama zaposlenih				
2.21	Bezbednost pacijenta značajno poraste nakon akreditacije				
2.22	Pre završetka procedure zdravstveni radnici ne znaju skoro ništa o akreditaciji				
2.23	Akreditacija doprinosi porastu sigurnosti na radu za sve zaposlene				

HVALA VAM NA ULOŽENOM VREMENU I TRUDU!

PRILOG 2: Saglasnost direktora KBC Zvezdara

Директору КБЦ "Звездара"
Проф. др Петру Сворчану

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
ЈАВНО ДОБРОТНО УСТАНОВА
У БЕОГРАДУ

ПРИМЉЕНО	23 FEB 2016		
Орг. јед.	Бео	Дел.	Водител

МОЛБА

Молим Вас да ми одобрите израду докторске тезе под називом: "Акредитација здравствених установа као доприноси фактор квалитету рада у бизнисној изитити" за шта би се користили подаци који су добијени уз помоћ упитника којим би се испитивали знање, ставови и понашање здравствених радника у односу на процес акредитације. У истраживању ће се користити и подаци из годишњих извештаја о показатељима квалитета и извршењу плана на годишњем нивоу, који се рутински прикупљају у здравственој установи. За ментора је одређен Доц. др Александра Јовић- Вранеш. Коментор је

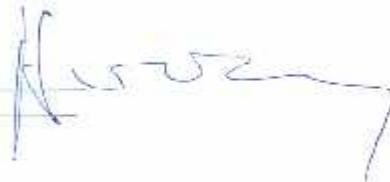
С изнитовањем,


др Гордана Марковић Петровић

У Београду, 17.02.2016.

Својим потписом одобрава
Директор КБЦ Звездара

_____ Проф. др петар Сворчан



PRILOG 3: Saglasnost direktora KBC Zemun

Директору КВЦ "Земун"
Проф. др Драгошу Стојановићу



МОЛБА

Молим Вас да ми одобрите израду докторске тезе под називом: "Акредитација здравствених установа као допринесени фактор квалитету рада у болничкој заштити", за шта би се користили подаци који су добијени уз помоћ упитника којим би се испитивали знања, ставови и понашање здравствених радника у односу на процес акредитације. У истраживању ће се користити и подаци из годишњих извештаја о показатељима квалитета и извршењу планова на годишњем нивоу, који се рутински прикупљају у здравственој установи. За ментора је одређен Доц. др Александра Јовић - Вранеш. Коментар је:

З. Равањак

У Београду, 17.02.2016.

С поштовањем,

др Гордана Марковић Петровић

Својим потписом одобрава директору/заступнику
Института/Клинике за _____

Handwritten signature in blue ink and an official circular stamp of the Institute/Clinic. The stamp contains the text "INSTITUT ZA PATOLOGIJU I PATOFIZIOLOGIJU" and "KATEDRA ZA PATOLOGIJU I PATOFIZIOLOGIJU".

PRILOG 4: Odluka Eti kog odbora KBC Zvezdara

»Zvezdara« - University Medical Center
Office for Human Research Protections I
Zvezdara University Medical Center BRU I - Medical, No DRB00009457, 11000/000/87/
Approved by Federalwide Assurance - FWA00006109

Etički odbor je konstituisan i funkcionise u skladu sa načelima ICH-GCP i lokalnom zakonskom regulativom.

Dimitrija Tucovića 161, 11000 Belgrade, Serbia
Tel: +381 11 39 33 673; Fax: +381 11 30 88 673; e-mail: eti@kbczopen.telclona.rs

Members of the Ethics Board:

Prof. dr Milica Dekleva, Cardiologist, Chairman LEC
Prof. dr Teodora Bejić-Zivković, Professor, member
Doc. dr Bojan Kovačević, Surgeon, member
Doc. dr Predrag Erceg, Internist, member
Asst. dr Zvezdan Stefanović, Surgeon, member
Zorica Vukičević, Lawyer, external member
Blanka Ivanović, Lawyer, external member
Suzana Nedelkov, Bachelor economist, Secretary LEC

ODLUKA ETIČKOG ODBORA Doktorska disertacija dr Gordane Marković

U sredu, 30. decembra 2015.g. odežana je sednica Etičkog odbora kojoj su prisustvovali: Prof. Dr Milica Dekleva, predsednik Etičkog odbora; Prof. dr Teodora Bejić-Zivković, član; Doc. Dr Bejan Kovačević, član; član; Doc. dr Predrag Erceg, član; Zorica Vukičević, dipl.prav, član.

Iz opravdanih razloga sednici nisu prisustvovali: Doc. dr Zvezdan Stefanović, Marija Ivanović, dipl.prav, Zapisničar: dipl.ecc. Suzana Nedelkov, Sekretar Etičkog odbora.

Dr Gordana Marković je dostavila Molbu za odobrenje sprovođenja ispitivanja u cilju izrade doktorske disertacije na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu pod nazivom: "Akreditacija zdravstvenih ustanova kao doprinosni faktor kvalitetu rada u bolničkoj zaštiti".

Jedan deo istraživanja bi se realizovao popunjavanjem anonimnog anketnog upitnika od strane zdravstvenih radnika različitog obrazovnog profila i stepena obrazovanja, u dve bolničke ustanove, akreditovanoj i ne akreditovanoj.

Etički odbor je jednoglasno doneo pozitivnu odluku i u skladu sa principima i načelima ICH-GCP odobrio sprovođenje predmetnog istraživanja.



Predsednik Etičkog odbora
Prof. dr Milica Dekleva

PRILOG 5: Odluka Etičkog odbora KBC Zemun

Etički odbor
Kliničko Bolničko Centar Zemun
Vukova 9, Zemun, Beograd
Br. _____

PEČAT ETIČKOG ODBORA
KBC ZEMUN
17. 02 2016

Odluka Etičkog odbora

Etički odbor Kliničko bolničkog centra Zemun-Beograd, je na vanrednom sastanku, održanom **17. februara 2016. god.** odobrio sprovođenje istraživanja u cilju izrade doktorske teze pod nazivom:

„ Akreditacija zdravstvenih ustanova kao doprinosni faktor kvaliteta rada u bolničkoj zaštiti. “

Autor doktorske teze je **mr sci. med. dr Gordana Marković Petrović**, mentor doktorske disertacije je **doc.dr Aleksandra Jović**.

U skladu sa gore navedenim Etički odbor je razmotrio i odobrio priloženu dokumentaciju.

Odluka je donesena jednoglasno, glasanjem svih prisutnih, dole navedenih članova Etičkog odbora. Sastanku su prisustvovali sledeći članovi:

Sastanku su prisustvovali sledeći članovi:

1. Prof. dr Biljana Putniković Tčšić, internista - kardiolog, KBC Zemun, predsednik EO,
2. Prim. dr sci. med. Zorica Cvetković, internista-hematolog, KBC Zemun,
3. Dr Maja Nešković, neurolog, KBC Zemun,
4. Dr Mišlan Bulatović, neurohirurg, KBC Zemun,
5. Vanja Stanivuk, dipl.pravnik-eksterni član.

Sastanku nisu prisustvovali:

Mirjana Janković, dipl.pravnik-eksterni član i
Mr ph spec. Nedeljka Novaković, farmaceut, KBC Zemun.

Etički odbor radi u skladu sa načelima dobre kliničke prakse (GCP), normama ICH/GCP i u skladu sa zakonskim regulativama države Srbije.

Zemun
17. februar 2016.

Predsednik Etičkog odbora
Prof. Dr Biljana Putniković



PRILOG 6: Kadrovska tabela- zbirna, KBC Zvezdara na dan 31.12.2015.

Назив здравствене установе	КБЦ ЗВЕЗДАРА
Матични број здравствене установе	7017073
Датум	31.12.2015.
Табела	Укупан кадар у здравственој установи

	Број запослених на неодређено време који се финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања	Норматив	Разлика	Број запослених на неодређено време који се финансирају из других средстава	Укупно запослених на неодређено време	Број запослених на одређено време због замене одсутних запослених	Број запослених на одређено време због повећаног обима посла
ДОКТОРИ МЕДИЦИНЕ	294	305	-11	0	294	16	
ФАРМАЦЕУТИ	10	10	0	1	11	1	
МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ/ТЕХНИЧАРИ	866	1,064	-198	0	866	96	
ЗДРАВСТВЕНИ САРАДНИЦИ	21	16	5	0	21	2	
НЕМЕДИЦИНСКИ АДМИНИСТРАТИВНИ РАДНИЦИ	75	65	10	0	75	3	2
НЕМЕДИЦИНСКИ ТЕХНИЧКИ/ПОМОЋНИ РАДНИЦИ	230	279	-49	0	230	9	3
УКУПНО	1496	1,739	-243	1	1497	127	5

PRILOG 7: Izveštaj o pokazateljima kvaliteta- secijalisti ke službe, KBC Zvezdara I-XII 2015.

I - XII 2015.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
							30			30		
1		110818	39823	11537	155126	46626	32154	13.45	42.07	68.96	40.00	22.00
2		92747	42778	17151	169264	61498	59898	9.87	66.31	97.40	40.00	22.00
3		13928	10972	0	0	0	0	#DIV/0!	0.00	#DIV/0!	40.00	22.00
4		23857	3751	721	3092	9756	8430	4.29	40.89	86.41	40.00	22.00
5		6286	602	652	652	6278	5684	1.00	99.87	90.54		22.00
		247636	97926	30061	328134	124158	106166	10.92	50.14	85.51		

PRILOG 9: Kadrovska tabela- zbirna, KBC Zemun na dan 31.12.2015.

Назив здравствене установе	КЛИНИЧКО БОЛНИЧКИ ЦЕНТАР ЗЕМУН-БЕОГРАД
Матични број здравствене установе	07030100
Датум	31.12.2015.
Табела	Укупан кадар у здравственој установи

	Број запослених на неодређено време који се финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања	Норматив	Разлика	Број запослених на неодређено време који се финансирају из других средстава	Укупно запослених на неодређено време	Број запослених на одређено време због замене одсутних запослених	Број запослених на одређено време због повећаног обима посла
ДОКТОРИ МЕДИЦИНЕ	258	256	2	0	258	16	
ФАРМАЦЕУТИ	8	7	1	0	8		
МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ/ТЕХНИЧАРИ	700	846	-146	0	700	76	2
ЗДРАВСТВЕНИ САРАДНИЦИ	5	5	0	0	5	1	
НЕМЕДИЦИНСКИ АДМИНИСТРАТИВНИ РАДНИЦИ	54	48	6	0	54	7	2
НЕМЕДИЦИНСКИ ТЕХНИЧКИ/ПОМОЋНИ РАДНИЦИ	154	215	-61	0	154	5	7
УКУПНО	1179	1378	-199	0	1179	105	11

PRILOG 10: Izveštaj o pokazateljima kvaliteta- secijalisti ke službe, KBC Zemun I-XII 2015.

Показатељи квалитета у специјалистичко-консултативним службама - образац 36

ФИЛИЈАЛА РЗЗО БЕОГРАД

ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД

ИЗВЕШТАЈ О ПОКАЗАТЕЉИМА КВАЛИТЕТА КОЈИ СЕ ПРАТЕ У СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИМ СЛУЖБАМА У УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА СЕКУНДАРНОМ И ТЕРЦИЈАРНОМ НИВОУ ЗА ПЕРИОД ЈАНУАР - ДЕЦЕМБАР 2015 ГОДИНЕ

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ : КЛИНИЧКО БОЛНИЧКИ ЦЕНТАР ЗЕМУН

Р.Б.	МЕДИЦИНСКА ГРАНА	УКУПАН	УКУПАН	БРОЈ	УКУПНА	УКУПАН БРОЈ	БРОЈ	ПРОСЕЧНА	ПРОЦЕНАТ	ПРОЦЕНАТ	УКУПАН	БРОЈ ДАНА У
		БРОЈ	БРОЈ	ПАЦИЈЕНАТА КОЈИ СУ ИМАЛИ ЗАКАЗАН ПРВИ ПРИЈЕЗД	ДУЖИНА ЧЕКОВЉА НА ЗАКАЗАН ПРВИ ПРЕГЛЕД	ЗАКАЗАНИХ ПРЕГЛЕДА	ПАЦИЈЕНАТА КОЈИ СУ ПРИГЛАСИЛИ У РОКУ ОД 30 МИНУТА ОД ЗАКАЗАНОГ ТЕРМИНА	ДУЖИНА ЧЕКАЊА НА ЗАКАЗАН ПРВИ ПРЕГЛЕД	ЗАКАЗАНИХ ПРВИХ ПОСЕТА У ОДНОСУ НА УКУПАН БРОЈ ПРВИХ ПОСЕТА	ПАЦИЈЕНАТА КОЈИ СУ ПРИВЕЛИ К ОД ЛЕКАРА У РОКУ ОД 30 МИНУТА ОД ЗАКАЗАНОГ ТЕРМИНА	БРОЈ ДАТА У НЕДЕЉИ КАДА СЛУЖБА РАДИ ПОКЛОДНЕ	МЕСЕЦУ КАДА ЈЕ СМОГУЋЕНО ЗАКАЗИВАЊЕ СПЕЦИЈАЛНОГ ПРЕГЛЕДА
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	ХИРУРГИЈА	59,718	37,120	6,383	165,102	13,162	6,285	25.87	22.04	47.75	40	22
2	ИНТЕРНО	109,186	66,282	38,652	1,057,988	86,656	75,709	27.37	79.64	87.07	40	22
3	ПЕДИЈАТРИЈА	7,773	7,221	0	0	0	0	#DIV/0!	0.00	#DIV/0!	40	22
4	ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕР	11,148	5,244	3,876	51,754	9,819	9,072	13.35	88.08	92.39	40	22
5	ПСИХИЈАТРИЈА							#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	40	22

ИЗВЕШТАЈ УРАДИО

Branislav Ilijic

ДИРЕКТОР

[Signature]

ДАТУМ 03.09.2016

PRILOG 11: Kadrovska tabela- zdravstveni radnici i saradnici na odeljenjima, KBC Zemun na dan 31.12.2015.

Назив здравствене установе	КЛИНИЧКО БОЛНИЧКИ ЦЕНТАР ЗЕМУН-БЕОГРАД
Гични број здравствене установе	07030100
Датум	31.12.2015.
Табела	Здравствени радници и сарадници на одељењима

	2015.	2015.	2015. (%)																										
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
						0						0	0	1									0		1				0
	1156	6775	53.0	30	5	35	11	1	10	6.8	2.5		9	2	40	18.8	12.5		3.0			34		6		1			-1
					9	9	1	1			4.5		5	-4	13	0.0	22.5					23							0
	1765	8081	36.9	56	4	60	8	5	3	12.6	2.0		15	-7	19	35.0	10.0		5.6			51							0
	2388	10817	65.9	36	9	45	22	1	19	16.1	4.5		21	1	42	30.5	22.5		3.6			57							0
	1102	9522		34		34	10	1	9	8.9					16	21.3			3.4										
					6	6					3.0						15.0												
	770	7614		24		24	5		5	5.4					13	15.0			2.4										
	0	0		25		25	2		2	4.7					2	13.4			2.2										
	622	5565		23		23	6	1	5	5.2					9	14.4			2.3										
	382	5494		16		16	4	2	2	3.6					8	10.0			1.6										
	659	4853		18		18	5	3	2	4.1					8	11.3			1.8										
	1067	12200		43		43	6	1	5	9.7					24	26.9			4.3										
	1200	5486		37	3	40	8	2	6	7.4	1.2				25	22.2	6.0		3.7								0.8		
						0									1				0										
	705	6397		24	6	30	9	4	5	6.0	4.5				27	15.0		30.0	9.0										
	867	6320		35		35	10	2	8	7.9					15	21.9			8.8						1	1.3			
	1127	6482		30		30	8	1	7	7.5					14	18.8			11.3										
	3187	17099	83.7	56		56	21	7	14	14.0			14	7	30	35.0			21.0			56							0
	569	4059	44.5	25		25	10	3	7	5.6			6	4	13	15.6			9.4			25							0
	630	2936	38.3	21		21	5	1	4	4.7			5	0	14	13.1			2.1			15							0
						0							0						0										
							3		3					3	63							0		63					
	2913	11545	48.7	65		65	18	3	15	11.7			12	6	35	32.5		13.0			46					1			1
	1604	5597	27.4	56		56	7	1	6	5.6			6	1	16	33.6					34								0
						0			3	9.0			9					18.0			18								0
						0			3	13.6			14	-6	59						0								0
						0	10	1	9				0	-4	39						0			39					0
						0							0	0							0		0						0
						0							0	0							0		0						0
						0							0	0							0		0						0
	21109	131245	56	598	36	640	192	41	149	170	18	5	0	192	0	546	404	89	30	126	0	649	-103	2	3	0		-1	

BIOGRAFIJA

Dr Gordana Marković Petrović rođena je u Beogradu 17.08.1976.godine. Diplomirala je na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu 2003. godine. Magistarske studije iz urgentne hirurgije završila je 2009.godine na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu.

Zaposlena je u Domu zdravlja Zemun od 2004. godine. U periodu od 2004. do 2012. godine radila je kao izabrani lekar u službi za zdravstvenu zaštitu odraslih građana.

Specijalistički ispit iz socijalne medicine, položila je sa odličnom ocenom 2012. godine, na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu.

Trenutno radi na poslovima na delu službe za socijalnu medicinu Doma zdravlja Zemun.

U okviru profesionalnog usavršavanja, dodatno se edukovala u oblasti priznatih tradicionalnih metoda lečenja, u koje spadaju ajurveda, akupunktura i aromaterapija, kao i u oblasti geštalt psihoterapije.

Završila je poslediplomsku edukaciju iz ajurvedske medicine u Beogradu, nakon čega se usavršavala u eminentnim ajurvedskim institucijama u Holandiji, Švajcarskoj i Austriji, a kao stipendista indijske vlade u Kolhapuru, MS u Indiji.

U Švajcarskoj je završila subspecijalističku edukaciju za ajurvedski tretman steriliteta i unapređenje reproduktivnog zdravlja i međunarodni je predavač za ovu oblast.

Član je Srpskog lekarskog društva, International Maharishi AyurVeda Foundation, European Ayurveda Medical Association, Udruženja za ajurvedu Srbije, Udruženja novinara Srbije, Srpske Kraljevske Akademije Inovacionih Nauka, Jugoslovenskog udruženja za geštalt psihoterapiju, Centra za edukaciju i istraživanje zdravlja, Udruženja za javno zdravlje i drugih relevantnih profesionalnih organizacija.

Mama je trogodišnje devojčice.

Prilog 1.

Izjava o autorstvu

Potpisani-a **Gordana Marković Petrović**

broj upisa _____

Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom

AKREDITACIJA ZDRAVSTVENIH USTANOVA KAO DOPRINOSNI FAKTOR KVALITETU RADA U BOLNIČKOJ ZAŠTITI

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da predložena disertacija u celini ni u delovima nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršio/la autorska prava i koristio intelektualnu svojinu drugih lica.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 28.12.2016.

Gordana Marković Petrović

Prilog 2.

Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada

Ime i prezime autora **Gordana Marković Petrović**

Broj upisa _____

Studijski program _____

Naslov rada **AKREDITACIJA ZDRAVSTVENIH USTANOVA KAO DOPRINOSNI
FAKTOR KVALITETU RADA U BOLNIČKOJ ZAŠTITI**

Mentor **prof. dr Aleksandra Jović Vraneš**

Potpisani _____

izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovetna elektronskoj verziji koju sam predao/la za objavljivanje na portalu **Digitalnog repozitorijuma Univerziteta u Beogradu**.

Dozvoljavam da se objave moji lični podaci vezani za dobijanje akademskog zvanja doktora nauka, kao što su ime i prezime, godina i mesto rođenja i datum odbrane rada.

Ovi lični podaci mogu se objaviti na mrežnim stranicama digitalne biblioteke, u elektronskom katalogu i u publikacijama Univerziteta u Beogradu.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 28.12.2016.

Gordana Marković Petrović

Prilog 3.

Izjava o korišćenju

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković“ da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

AKREDITACIJA ZDRAVSTVENIH USTANOVA KAO DOPRINOSNI FAKTOR KVALITETU RADA U BOLNIČKOJ ZAŠTITI

koja je moje autorsko delo.

Disertaciju sa svim priložima predao/la sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

1. Autorstvo
2. Autorstvo - nekomercijalno
3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade
4. Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima
5. Autorstvo – bez prerade
6. Autorstvo – deliti pod istim uslovima

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci, kratak opis licenci dat je na poledini lista).

U Beogradu, 28.12.2016.

Potpis doktoranda

Jordan Juculović Petrović