

MEDNARODNI DAN MEDICINSKIH SESTER 2006

# Z USTREZNIŠ ZAPOŠLOVANJEM REŠUJEMO ŽIVLJENJA

## Informacije in zbirka orodij za delo



Vse pravice, vključno prevajanje v druge jezike, so pridržane. Nobenega dela te publikacije se ne sme reproducirati s tiskanjem, s fotostatičnimi sredstvi ali na kakršenkoli drug način, niti se ga ne sme shraniti v sistem za poznejšo uporabo, prenesti v kakršnikoli obliki ali prodati brez izrecnega pisnega dovoljenja Mednarodnega sveta medicinskih sester. Kratki odlomki (manj kot 300 besed) se lahko reproducirajo brez dovoljenja pod pogojem, da se zraven navede vir.

---

Copyright © 2006 by ICN - International Council of Nurses,  
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Ženeva (Švica)  
ISBN: 92-95040-44-9

**Vsebina**

**Uvod**

- 1. poglavje – Ozadje ustreznega zaposlovanja**
- 2. poglavje – Zakaj je ustrezno zaposlovanje pomembno?**
- 3. poglavje – Priložnosti**
- 4. poglavje – Ovire**
- 5. poglavje – Kako do ustreznega zaposlovanja?**
- 6. poglavje – Vloga nacionalnih organizacij medicinskih sester**
- 7. poglavje – Priporočila**

**DODATKI**

**Dodatek 1: Orodje za ocenjevanje zaposlovanja medicinskih sester**

**Dodatek 2: Ustrezno zaposlovanje: Kaj lahko storijo medicinske sestre**

**Dodatek 3: Primer izjave za tisk**

**Dodatek 4: Ali ste vedeli? Dejstva o ustreznem zaposlovanju**

**Dodatek 5: Načela zaposlovanja medicinskih sester Ameriške zveze medicinskih sester**

**Dodatek 6: Ocenjevanje obsega in kombinacije strokovnjakov v timu zdravstvene nege**

**Dodatek 7: Izjava o stališčih: Medicina dela in varnost medicinskih sester**

**Dodatek 8: Izjava o stališčih: Varnost pacientov**

**Dodatek 9: Primeri razmerij med številom medicinskih sester in številom 51 pacientov**

**Dodatek 10: Primer predstavitve v Powerpointu**

**Viri**

## Uvod

*Koncept ustreznega zaposlovanja se je pojavil kot rezultat sprememb v sistemu zdravstvenega varstva po celem svetu.*

Zagotavljanje zdravstvenega varstva se v večini držav dojema kot prednostna naloga. Stopnja konkretne odgovornosti za storitve zdravstvenega varstva in koncept zagotavljanja zdravstvene nege sta v ospredju večine razprav o politikah. Vendar pa konkretna odgovornost postane problematična, ko obstaja nezadostna ponudba osebja zdravstvenega varstva, kot so medicinske sestre. V Afriki, na primer, je pomanjkanje medicinskih sester stalni predmet razprav v časopisih in revijah, vendar pa na nacionalni ravni ni prav veliko volje, da bi se ta problem rešil. Koncept ustreznega zaposlovanja se je pojavil kot rezultat sprememb v sistemu zdravstvenega varstva po celem svetu. V zadnjih dvajsetih letih so se pojavile večje krize, kot so pandemija AIDS, SARS, potencialni izbruhi gripe, recesije, ki so povzročile pomanjkanje osebja v zdravstveni negi in povečanje stroškov zdravstvenega varstva. Zdaj se bolje razume učinek, ki ga ima zaposlovanje medicinskih sester na varnost pacientov in na obolevnost ter umrljivost.

Pričujoča zbirka orodij je namenjena poklicnim organizacijam medicinskih sester in medicinskim sestram. Ponuja bistvene uvodne informacije, ki govorijo v prid zahtevi po ustreznih ravneh zaposlovanja. Dodatki vsebujejo pomožni material – ta vključuje orodje za ocenjevanje zaposlovanja medicinskih sester, seznam dejavnosti, s katerimi medicinske sestre lahko izboljšajo varnost zaposlovanja, list z dejstvi, primer izjave za tisk, primer predstavitve v Powerpointu ter primere razmerij med številom medicinskih sester in številom pacientov.

Glavni dokument vključuje osnovne podatke o ustreznem zaposlovanju s pomembnimi informacijami, ki jih je treba upoštevati v razpravah o problematiki ustreznega zaposlovanja. Na voljo so dognanja, da ravni zaposlovanja vplivajo na rezultate v zvezi z obolevnostjo in umrljivostjo. Velik poudarek je namenjen pomenu kombinacije veščin in pojasnitvi vloge. Razdelek z naslovom "Kako do ustreznega zaposlovanja?" opisuje zakonodajo in okvire ter poudarja vlogo strokovne presoje pri promoviranju strategij za ustrezno zaposlovanje. Poleg tega so povzete pomembne izjave o stališčih, kar zagotavlja dodatna pojasnila v zvezi s problematiko. Priporočila bodo usmerjala zveze medicinskih sester pri lobiranju za prilagajanje delovnih okolij ter za obseg osebja zdravstvene nege, ki omogoča, da se zagotovi varna zdravstvena nega.

Pomanjkanje in odhajanje zdravstvenega osebja iz držav, ki potrebujejo to osebje, v države, ki si lahko privoščijo in vzdržujejo višje ravni poklicnih delavcev, je sprožilo zaskrbljenost glede zdravja delovne sile. Problematike, kot so zdrava delovna okolja, zdravje medicinskih sester in ustrezno zaposlovanje, ki vzdržuje zdravo prebivalstvo, postajajo čedalje bolj pomembne. Povečal se je obseg raziskovanja, ki kaže, da ravni zaposlovanja vplivajo na rezultate pri pacientih, na primer na umrljivost. Takšno raziskovanje se je sicer šele začelo, pogosto se izvaja v kontekstu zahoda in je osredotočeno na okolja bolnišnične zdravstvene nege, vendar pa osvetljuje nedvoumen odnos med zaposlovanjem medicinskih sester in splošnimi rezultati zdravstvene nege pacientov.

*V strokovni literaturi ne obstaja splošno soglasje o tem, kaj pomeni ustrezno zaposlovanje.*

*Ker so ekonomske omejitve in pomanjkljiv dostop do višjega izobraževanja splošen pojav, nekatere države uporabljajo za zagotavljanje zdravstvene nege zelo raznovrstno zdravstveno osebje.*

V strokovni literaturi ne obstaja splošno soglasje o tem, kaj pomeni ustrezno zaposlovanje, in le malo definicij ustreza vsem mednarodnim okoljem. Vendar pa avtorji vseeno priznavajo, da je ustrezno zaposlovanje v veliki meri povezano s situacijo, v kateri se zagotavlja zdravstvena nega, in med njegove elemente spada ustrezno število osebja, kar omogoča zadovoljevanje kompleksnih potreb pacientov v več različnih okoljih.

Medicinske sestre so kritična komponenta multidisciplinarnih timov in pogosto zagotavljajo zdravstveno nego skupaj z alternativnimi izvajalci nege, kot so člani pacientove družine. Ob pregledovanju koncepta ustreznega zaposlovanja z mednarodne perspektive je bilo ugotovljeno, da medicinske sestre delajo skupaj z različnimi izvajalci zdravstvene nege. Vendar pa to ne zmanjša pomena razpoložljivega strokovnega osebja. Zaradi pogostih ekonomskih omejitev in pomanjkljivega dostopa do višjega izobraževanja nekatere države (npr. Indija, Pakistan in Kitajska) za zagotavljanje zdravstvene nege že dolgo časa uporabljajo raznovrstno zdravstveno osebje. Zdravstvene obiskovalke, bosonogi zdravniki in dule (*Dula je grška beseda, ki pomeni "pomočnica ali negovalka ženske", zdaj pomeni izkušeno žensko, ki nudi čustveno in praktično pomoč ženski (ali paru) pred, med in po porodu.* Op. prev.) so kategorije zdravstvenih delavcev, ki zagotavljajo zdravstveno nego v regijah, kjer strokovnjakovi zdravstvenega varstva niso dovolj dostopni oziroma sploh niso na voljo.

Na določenih področjih medicinske sestre tesno sodelujejo z zdravstvenimi obiskovalkami, skupino zdravstvenih delavk, ki v Pakistanu obstaja že od leta 1951. Te so del zdravstva in zagotavljajo osnovno zdravstveno nego, storitve za matere in otroke ter usposabljanje za delavce v skupnosti (Upvall & Gonsalves 2002). Zdravstvene obiskovalke se od medicinskih sester razlikujejo po tem, da so dobaviteljice zdravstvenega varstva, ki delajo v skupnosti in ne v bolnišnici (Upvall & Gonsalves 2002).

Na Kitajskem so bosonogi zdravniki igrali pomembno vlogo pri zagotavljanju zdravstvene nege. Uvedli so jih v šestdesetih letih dvajsetega stoletja med kulturno revolucijo. Tisoče kmetov je v samo nekaj mesecih prejelo intenzivno zdravstveno usposabljanje, po katerem so nadaljevali s kmetovanjem na poljih komun ter zagotavljali osnovno zdravstveno varstvo. Program je bil namenjen temu, da se zamisel o zdravstvu za množice razširi prek preprečevanja nalezljivih bolezni ter zagotovi zadostne storitve zdravstvenega varstva za prebivalce Kitajske. Čeprav je se program zaradi finančnih omejitev sesul v osemdesetih in devetdesetih letih, pa je bil uspešen pri zmanjševanju pojavljanja bolezni, kot je shistosomoza. Več držav še vedno preučuje ta model kot možno rešitev, ker nimajo dovolj osebja za zagotavljanje zadostne zdravstvene nege na podeželskih področjih (Valentine 2005).

Winslow (2005) navaja nedavni primer zagotavljanja alternativne zdravstvene nege s pomočjo laičnega osebja v oddaljeni ameriški skupnosti. Članica te skupnosti, ki je bila oddaljena petdeset milj od najbližje bolnišnice, je dobila umetno srce (podporna naprava za levi prekat [LVAD] – *mehanska črpalka, ki začasno in umetno pomaga naravnemu črpanju levega prekata*, op. prev.). Glede na oddaljenost je bilo potrebno popolnoma usposobljeno omrežje, ki se je bilo zmožno hitro odzvati na nujne primere, ki so potrebovali umetno srce. V okviru te pobude so pacient, njegova žena, sosedje in delavci za nujne primere, dobili obsežna navodila o tem, kako zagotoviti podporo v takšnem primeru.

*Napredek na poklicni poti je pomemben dejavnik pri zadržanju zdravstvenega osebja.*

Pomemben dejavnik maksimiranja celotnega potenciala delovne sile je ustvarjanje pogojev za poklicno napredovanje (stopnic) delavcev v zdravstvenem varstvu, s čemer se produktivno izkoristi začetno zanimanje in izkušnje sorodnega zdravstvenega osebja. To je pomembno pri novačenju zdravstvenih delavcev in za ohranjanje zadostne ponudbe.

## POGLAVJE 1

### Ozadje ustreznega zaposlovanja

*Zdravstvena nega je bistvenega pomena za zagotavljanje zdravstvenega varstva v številnih različnih okoljih.*

*Avtorji so se začeli zavedati, da zaposlovanje ne pomeni zgolj števil.*

Zdravstvena nega ima dokazano bistveno vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva v številnih različnih okoljih. Zaradi tega se je veliko pozornosti posvečalo ravnom zaposlovanja medicinskih sester in spremenljivkam, ki so nujne, da se zagotovi varno in učinkovito zdravstveno varstvo. Primer tega je pregledovanje ustreznosti in razpoložljivosti osebja zdravstvene nege. Ena od pomembnih zgodnejših definicij besede zaposlovanje je "število in vrste osebja, ki je potrebno, da se pacientom ali klientom zagotovi zdravstvena nega" (Giovannetti 1978, citirano v McGillis Hall 2005, str. 2). Avtorji so se od takrat začeli zavedati, da zaposlovanje ne pomeni samo števil in da vključuje tudi druge spremenljivke, ki vplivajo na zaposlovanje in zagotavljanje varne zdravstvene nege, na primer delovne obremenitve, delovno okolje, kompleksnost pacientov, ravni veččin osebja zdravstvene nege, kombinacija osebja zdravstvene nege, ekonomičnost in učinkovitost ter povezave z rezultati pri pacientih in medicinskih sestrah. Avtorji so začeli povezovati ravni zaposlovanja s ključnimi pokazatelji (npr. stopnje umrljivosti) in so na ta način vpeljali element varnosti pacientov.

*Malo je definicij, ki združujejo pojma ustreznost in zaposlovanje.*

Zanimivo pa je, da je le malo definicij, ki bi povezovale koncept ustreznosti z zaposlovanjem. Ameriška federacija učiteljev (1995) pravi: "Ustrežno zaposlovanje pomeni, da je zadostno število osebja s primerno kombinacijo ravni veččin vedno na voljo, da se lahko poskrbi za zadovoljevanje potreb pacientov in vzdržuje delovne pogoje, ki jih ne spremljajo tveganja."

Zveza medicinskih sester Severne Karoline (NCNA 2005) je nedavno izdala izjavo:

Ustrežno zaposlovanje odseva vzdrževanje kakovosti zdravstvene nege pacientov, delovnega življenja medicinskih sester ter organizacijskih rezultatov. Prakse ustreznega zaposlovanja vključujejo kompleksnost in intenzivnosti dejavnosti zdravstvene nege; različne ravni priprave medicinskih sester, kompetence in izkušnje; razvoj osebja zdravstvenega varstva; podporo uprave zdravstvene nege na izvedbeni in administrativni ravni; kontekstualno in tehnološko okolje zdravstvene ustanove; razpoložljive pomožne službe; ter zagotavljanje zaščite oseb, ki opozorijo na nepravilnosti v lastni organizaciji.

## POGLAVJE 2

### Zakaj je ustrezno zaposlovanje pomembno?

#### Gibanje za varnost pacientov

*Gibanje za varnost pacientov je pomembno, ker se osredotoča na več različnih pokazateljev zdravstvene nege.*

Gibanje za varnost pacientov je pomembno, ker se osredotoča na več različnih pokazateljev zdravstvene nege. Gre za široko področje, ki ga je upravičilo dokumentiranje nezaželenih dogodkov pri zdravstveni negi, ki se navadno zagotavlja v okolju bolnišnice. Nezaželeni dogodki, na primer padci, napake pri

medikaciji in napačni kirurški posegi, so bili dokumentirani kot dejavniki, ki so povečali obolevnost in umrljivost pacientov. V kanadski študiji nezaželenih dogodkov je Baker s kolegi (2004) odkril stopnjo pojavljanja nezaželenih dogodkov 7,5 %. To napeljuje na misel, da je od skoraj 2,5 milijona sprejemov v bolnišnico letno v Kanadi, ki so podobni tistim iz študije, približno 185.000 takih, ki so povezani z nezaželenim dogodkom, od teh pa bi se jih dalo preprečiti 70.000.

Do enako zaskrbljujoče statistike so prišli v projektu, ki ga je naročil Medicinski inštitut. Kohn, Corrigan in Donaldson (2000) so v svojem pregledu pokazali, da imajo sistemi zdravstvenega varstva težave, ki so posledica neustreznih procesov, nezadostne podpore človeških virov in sistemov, ki ne promovirajo varne prakse. Avtorji pravijo, da po cenah strokovnjakov 98.000 ljudi na leto umre zaradi napak pri zdravljenju, do katerih pride v bolnišnicah; to je več kot število smrti zaradi nesreč z motornimi vozili, zaradi raka dojke ali AIDS. Predlagana so bila priporočila na nacionalni, državni in lokalni ravni, s katerimi bi zmanjšali napake pri zdravljenju in izboljšali varnost pacientov; osredotočajo se na:

- Vodenje in znanje za varnost pacientov;
- Sisteme za poročanje o napakah;
- Zaščito za medicinske sestre, ki poročajo o nezaželenih dogodkih, in problematiko zaposlovanja;
- Določanje standardov uspešnosti in pričakovanj glede varnosti pacientov; ter
- Ustvarjanje varnostnih sistemov v organizacijah zdravstvenega varstva.

*Dognanja v podporo zadostnemu zaposlovanju so čedalje številčnejša.*

Da bi uresničili zgoraj navedeno, je potrebno zadostno zaposlovanje. Več raziskovalnih člankov je opisalo neposreden odnos med ustreznim zaposlovanjem in rezultati pri pacientih (npr. umrljivost in obolevnost). Dognanj v podporo zadostnemu zaposlovanju je za različne pogoje in okolja čedalje več. Čeprav se to raziskovanje izvaja z vidika Zahoda in je osredotočeno na bolnišnično nego, pa ponuja dobro osnovo, na podlagi katere se lahko podpre odločitve, ki spodbujajo zadostno zaposlovanje. Že leta 1998 so Blegen, Goode in Reed preučevali učinke

zaposlovanja medicinskih sester na umrljivost in obolevnost pacientov. Odkrili so, da je večja zastopanost medicinskih sester povezana z nižjim obsegom napak pri medikaciji in preležanin ter z večjim zadovoljstvom pacientov. Dodatna študija je istega leta preučila ravni zaposlovanja medicinskih sester in rezultate pri pacientih ter odkrila, da so se napake pri jemanju zdravil zmanjšale z večjim deležem medicinskih sester v kombinaciji osebja (Blegen & Vaughn 1998).

Kovner in Gergen (1998) sta odkrila povezavo med letnim številom polno zaposlenih medicinskih sester na pacienta in okužbami sečnih poti, pljučnico, trombozo in pljučnimi zapleti po večjem kirurškem posegu. V študiji, ki je vključevala več kot 68.000 pacientov z akutnim miokardnim infarktom, so odkrili, da je število dnevni delovnih ur medicinskih sester na pacienta v obratnem sorazmerju z umrljivostjo (Schultz, van Servellen, Chang, McNeese-Smith & Waxenberg 1998). V študiji, v kateri so primerjali kakovost zdravstvene nege za paciente z AIDS, so Aiken, Sloane, Lake, Sochalski in Weber (1999) odkrili, da je bila dodatna medicinska sestra na pacienta na dan povezana s petdesetodstotnim zmanjšanjem v tridesetdnevni umrljivosti. Povečanje za 0,25 medicinske sestre na pacienta na dan je bilo povezano z dvajsetodstotnim zmanjšanjem v tridesetdnevni umrljivosti. Za možnost postoperativnih in pljučnih komplikacij se je izkazalo, da se poveča, če medicinska sestra ponoči na oddelku za intenzivno nego skrbi za več kot dva pacienta, ki sta prestala ezofagektomijo (Amaravadi, Dimick, Pronovost & Lipssett 2000).

*Avtorji so odkrili obratno sorazmerje med umrljivostjo in številom medicinskih sester na pacienta na dan.*

Kovner (2001) je preučil učinek zaposlovanja in organizacije dela na rezultate pri pacientih in na delavce v zdravstvenem varstvu. Raziskava zaposlovanja je bila specifična za disciplino (za zdravstveno nego). Večina avtorjev je odkrila obratno sorazmerje med umrljivostjo in številom medicinskih sester na pacienta na dan, odstotkom medicinskih sester glede na vse osebje zdravstvene nege in številom medicinskih sester na bolnišnico. Nekateri avtorji so poročali o obratnem sorazmerju med številom medicinskih sester na pacienta na dan in številom

nezaželenih dogodkov. V opazovalni kohortni študiji, ki so jo vodili Dimick, Swoboda, Pronovost in Lipsett (2001), je bila odkrita povezava med zmanjšanim številom medicinskih sester ponoči in povečanim tveganjem v zvezi s specifičnimi postoperativnimi pljučnimi zapleti. Ko se je povečalo število ur dela medicinskih sester na pacienta, je bilo opaženo zmanjšanje števila padcev in večje zadovoljstvo pacientov z bolečinami, (Sovie & Jawad 2001).

V vplivni študiji, ki so jo izvedli Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski in Silber (2002), so zbrali in analizirali podatke o 10.184 medicinskih sestrah in 232.342 pacientih, ki so prestali operativni poseg. Avtorji so odkrili, da je vsak dodaten pacient na medicinsko sestro, ki že skrbi za štiri paciente, povezan s sedemodstotnim povečanjem verjetnosti smrti pacienta v tridesetih dneh po sprejemu in sedemodstotnim povečanjem možnosti, da bo prišlo do neuspeha pri reševanju. V Kanadi je retrospektivna študija, ki so jo izvedli Tourangeau, Giovannetti, Tu in Wood (2002), raziskala tridesetdnevne stopnje umrljivosti pri pacientih v bolnišnici. Podatke so zbrali pri 46.941 pacientih, ki so imeli diagnozo akutnega miokardnega infarkta, kapi, pljučnice ali septikemije in so jih odpustili iz petinsedemdesetih bolnišnic za akutno nego v Ontariu v Kanadi. Odkritja potrjujejo povezavo med nižjo tridesetdnevno umrljivostjo in bogatejšo kombinacijo veččin medicinskih sester ter večjim številom let izkušenj na kliničnem oddelku.

Prečna analiza, ki so jo izvedli Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart in Zelevinsky (2002), je preučila odnos med količino zdravstvene nege, ki so jo zagotovile medicinske sestre v bolnišnici, in rezultati pri pacientih. Analizirali so podatke, ki so zajeli 5 milijonov pacientov v zdravstveni oskrbi in 1,1 milijona pacientov, ki so prestali kirurški poseg. Avtorji so odkrili, da sta večji delež ur zdravstvene nege medicinskih sester na dan povezana s krajšim bivanjem v bolnišnici; nižjimi ravni okužb sečnih poti, manj krvavitvami v zgornjem gastrointestinalnem traktu, manj primerov pljučnice, šoka in srčnega zastoja ter z manjšim številom primerov neuspeha pri reševanju.

Pljučnica in preležanine so dobro dokumentirani rezultati negibnosti. Študija, ki so jo izvedli Cho, Ketefian, Barkauskas in Smith (2003), je odkrila, da je bila dodatna ura dela medicinske sestre na pacienta na dan povezana z zmanjšanjem verjetnosti pljučnice za 8,9%, 10% povečanje dela medicinskih sester pa je bilo povezano z zmanjšanjem verjetnosti pljučnice za 9,5%. Bostick (2004) je odkril, da povečanje števila ur dela medicinskih sester lahko zmanjša obseg preležanin.

Sistematični pregled, ki so ga izvedli v okviru neke druge študije, je potrdil, da je zadostno zaposlovanje povezano z nižjo umrljivostjo pacientov in s krajšim bivanjem v bolnišnici (Lang, Hodge, Olson, Romano & Kravitz 2004). Person je s kolegi (2004) ocenil povezavo med zaposlovanjem medicinskih sester in umrljivostjo v bolnišnici pri pacientih z akutnim miokardnim infarktom. Odkrili so, da je pri pacientih, za katere skrbijo v okolju z več medicinskimi sestrami, manj verjetnosti, da umrejo v bolnišnici.

*Strokovna literatura kaže, da obstaja povezava med ravnmi zaposlovanja medicinskih sester in rezultati pri pacientih.*

Lankshear, Sheldon in Maynard (2005) so pregledali 22 študij, ki so potrdile, da sta zadostno zaposlovanje in ustrezna kombinacija veččin povezani z izboljšanimi rezultati pri pacientih. Povzetek strokovne literature, ki ga je napravila Kanadska federacija zvez medicinskih sester (CFNU 2005), beleži trdna empirična dognanja, ki kažejo na povezavo med nezadostnim zaposlovanjem medicinskih sester in različnimi nezaželenimi rezultati pri pacientih, kot so preležanine; okužbe sečnih poti; pljučnica; postoperativne okužbe ran; napake pri medikaciji; pljučni zapleti; tromboza; neuspešno obvladovanje bolečin; krvavitve v zgornjem gastrointestinalnem traktu; padci, šok in srčni zastoj; neuspeh pri reševanju ter

ponoven sprejem v bolnišnico. Po drugi strani pa se zadovoljstvo pacientov zmanjšuje z manjšim zaposlovanjem medicinskih sester. Pokazalo se je tudi zmanjšanje obsega nezaželenih dogodkov, ko so bile ravni zaposlovanja medicinskih sester zadostne glede na raven potrebne zdravstvene nege pacientov.

Če zaključimo - strokovna literature kaže, da obstaja povezava med ravnmi zaposlovanja medicinskih sester in rezultati pri pacientih. Vendar je potrebno dodatno raziskovanje v različnih mednarodnih okoljih, s katerim se bo podprlo politiko zadostnega zaposlovanja. Takšno raziskovanje spodbuja Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) preko svojih mednarodnih in regionalnih forumov delovne sile.

## Vloga konkurence

*Organizacije z zadostnim številom medicinskih sester in zdravnikov uporabljajo obseg svojega osebja, da povečajo svojo konkurenčno prednost pred drugimi bolnišnicami.*

Bolnišnice v ZDA objavljajo podrobne podatke o pokazateljih kakovosti v posameznih ustanovah zdravstvenega varstva. Organizacije z zadostnim številom medicinskih sester in zdravnikov uporabljajo obseg svojega osebja, da povečajo svojo konkurenčno prednost pred drugimi bolnišnicami. Privlačno delovno okolje teh organizacij, včasih jih imenujejo "magnetne bolnišnice," jim omogoča, da novačijo in obdržijo osebje. Lastnosti teh bolnišnic so močno vodstvo, zastopanost zdravstvene nege v odborih, ki sprejemajo politike, udeležba zaposlenih pri upravljanju, stalno izboljševanje kakovosti, dobri odnosi med različnimi disciplinami in priložnosti za razvoj (Lash & Munroe 2005).

Ta koncept konkurenčnosti obstaja predvsem v zasebnem sektorju in morda ni pomemben za države z alternativnim sistemom zdravstvenega varstva, kot so Kanada, Japonska, Nemčija, Kitajska in Nizozemska. Na tem področju sicer lahko imajo zasebni sektor, vendar ne obstaja enak poudarek na konkurenci med organizacijami.

## Medicina dela: Zdravje medicinskih sester

*Priznava se, da je zadosten obseg osebja pomemben, ker vpliva na zdravje medicinskih sester.*

Priznava se, da je zadosten obseg osebja pomemben, ker vpliva na zdravje medicinskih sester. Kanadska vlada je v času pomanjkanja postala tako zaskrbljena za zdravje medicinskih sester, da je naročila nacionalno študijo o medicinskih sestrah, ki bo objavljena leta 2007. Baumann in kolegi (2001) menijo, da je ustrezno zaposlovanje bistveno za zahteve sodobnih delovnih okolij. Ta okolja vključujejo povečane delovne pritiske in stres, ki ga povzročajo skrbi v zvezi z varnostjo zaposlitve, varnostjo na delovnem mestu, podporo uprave in kolegic, nadzorom nad prakso, izdelavo urnikov, vodenjem in nezadostnim zaposlovanjem. Zdravstvena nega je povezana z drugimi poklici (npr. policisti in gasilci), kjer obstaja negotovost, visoko tveganje in potencialno nevarno okolje. Podobno kot v zdravstveni negi je tudi v teh poklicih dobro dokumentiran stres, kronična izčrpanost in problematika novačenja ter zadržanja v poklicu.

V zvezi s poskusi, da bi novačili ali obdržali osebje, so študije pokazale, da obstaja povezava med ravnmi zaposlovanja in zadovoljstvom s službo (Aiken, Clarke & Sloane 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002). Britanska študija, ki so jo izvedli Sheward, Hunt, Hagen, Macleod in Ball (2005), je odkrila, da so visoka razmerja med številom pacientov in številom medicinskih sester povezana s povečanim tveganjem čustvene izčrpanosti in nezadovoljstvom s trenutno službo. Medicinske sestre, ki stalno delajo nadure ali pri delu nimajo zadostne podpore, so nagnjene k večjemu absentizmu in slabšemu zdravju.

## Poklicna odgovornost

Medicinske sestre se pogosto počutijo neugledno v situacijah, ko negujejo paciente in ni na voljo zadostnega števila osebja. V državah, kjer obstaja tradicija sodnih procesov, je poklicna zakonska odgovornost stalna skrb. Oxfordski angleški slovar (1989) definira besedo "liable" (odgovoren, nagnjen, dolžan, zavezan) takole:

Stanje, ko je nekdo odgovoren pred zakonom ali glede na pravičnost; stanje, ko je nekdo odgovoren ali podvržen nečemu, ko je zmožen nekaj storiti ali je verjetno, da bo to storil; tisto, za kar je nekdo odgovoren; znak ali lastnost, ki nekoga spravi v neugoden položaj; od tod obremenjena ali prikrajšana oseba ali stvar, otežitev.

*Znani so primeri posameznih medicinskih sester, ki so kazensko odgovarjale za napake pri zagotavljanju zdravstvene nege.*

Znani so primeri posameznih medicinskih sester, ki so kazensko odgovarjale za napake pri zagotavljanju nege. Problematika zakonske odgovornosti se osredotoča na vidike nege, ki vključujejo posameznice kot tudi tim. Medicinska sestra je torej zakonsko odgovorna ne glede na situacijo (kontekst, v katerem se zgodi napaka). Ustrezno zaposlovanje je tako za medicinske sestre eden od kritičnih elementov, ker vpliva na njihovo zmožnost zagotoviti ustrezno zdravstveno nego. Možnost, da bo medicinska sestra zakonsko odgovarjala na

sodišču, se poveča v kliničnem kontekstu, kjer obstajata neustrezna infrastruktura in zaposlovanje. V številnih okoljih zdravstvenega varstva je pomanjkanje osebja lahko stvar ponudbe (država ne proizvede dovolj delavcev zdravstvenega varstva, da bi se podprl sistem). Do drugačne situacije pride, ko delavci migrirajo hitreje, kot pa država proizvaja nove medicinske sestre. To kritično dilemo osvetljuje Svetovna zdravstvena organizacija v združenem poročilu (Awases in kolegi 2004), ki predstavlja odkritja študije o migraciji delavcev zdravstvenega varstva v več Afriških državah. Ker številni delavci zdravstvenega varstva migrirajo, se medicinske sestre, ki ostanejo, soočajo z zelo nizkimi ravnmi zaposlovanja, te pa jih ovirajo pri zagotavljanju varne zdravstvene nege.

### 3. POGLAVJE

#### **P**riiložnosti

*Bolnišnice z ustreznimi ravnmi zaposlovanja lahko ustvarijo znatne finančne prihranke.*

Po mnenju Zveze medicinskih sester Kalifornije (CNA n.d.) lahko bolnišnice z ustreznimi ravnmi zaposlovanja ustvarijo znatne finančne prihranke. Nezadostno zaposlovanje povzroča dodatne stroške, ki nastanejo zaradi fluktuacije medicinskih sester in potreb po najemanju začasnih medicinskih sester. Dolgoročno investiranje v zaposlene s polnim delovnim časom prinaša prihranke tako pri novačenju kot pri obdržanju (Baumann & Blythe 2003a; Baumann & Blythe 2003b). Za ustrezno zaposlovanje se je večkrat izkazalo, da prispeva k boljšim rezultatom pri pacientih, kar se v končni fazi kaže v zmanjšanih zdravstvenih stroških za

posameznike, družine in skupnosti ter v povečanih prihodkih od davkov, ker se pacienti vrnejo v aktivno delovno silo.

#### **K**ombinacija veščin: Pojasnitev Vlog

*Pomembno je uveljaviti smernice za določene zdravstvene vloge in določiti učinkovito kombinacijo le teh.*

Na ustrezno ali zadostno zaposlovanje medicinskih sester vplivajo drugi izvajalci zdravstvenega varstva. Zagotavljanje zdravstvenega varstva vključuje več različnih vlog in položajev. Pomembno je uveljaviti smernice za določene vloge in določiti učinkovito kombinacijo le teh – ta se bo od države do države razlikovala. Obstaja že manjše število modelov in okvirov za sestavljanje ustrezne kombinacije osebja, vendar ti ne pridejo v poštev za vsako situacijo. Določanje prave kombinacije osebja je pomembno. Napake pri kombinaciji osebja zdravstvene nege lahko pripeljejo do kliničnih napak, ki lahko povzročijo nezaželene rezultate pri pacientih

in organizaciji (Zveza kanadskih medicinskih sester 2003). Potrebno je dodatno sodelovanje na lokalni in nacionalni ravni, da se poveča razumevanje prispevkov različnih strokovnjakov zdravstvenega varstva in prostovoljcev. V Kanadi trenutno poteka zanimivo sodelovanje, katerega namen je razviti skupen okvir za vrednotenje pri odločanju o kombinaciji osebja v zvezi z medicinskimi sestrami,

medicinskimi sestrami praktiki in psihiatričnimi medicinskimi sestrami (Zveza kanadskih medicinskih sester 2003).

Zveza kanadskih medicinskih sester (2005) je objavila pripomoček, ki osvetljuje pomembno problematiko v zvezi z odločanjem za kombinacijo osebja zdravstvene nege in varnostjo pacientov, osredotoča se na medicinske sestre

in licencirane medicinske sestre praktike. Vključuje napotke pri odločanju za kombinacijo osebja. Dokument obravnava usmeritve politike pri raziskovanju kombinacije osebja; okvir in orodja za sprejemanje odločitev; zakonsko urejena zaposlovalna razmerja in izzive pri sprejemanju odločitev glede ustrezne kombinacije osebja.

## 4. POGLAVJE

### Ovire

#### Ponudba in povpraševanje

V zvezi s ponudbo in povpraševanjem je bistveno imeti ponudbo medicinskih sester, ki zadostuje za zadovoljevanje zdravstvenih potreb prebivalstva. Sicer potekajo razprave o številu medicinskih sester, ki je potrebno v katerikoli državi, nedvomno pa imajo države z zadostno ponudbo strokovnjakov zdravstvenega varstva boljše pokazatelje v zdravstvu.

*Splošno ponudbo medicinskih sester je nedavno prizadelo pomanjkanje v bolj industrializiranih državah.*

Splošno porazdelitev medicinskih sester je nedavno prizadelo pomanjkanje v bolj industrializiranih državah, ki novačijo medicinske sestre iz drugih držav. V lokalnem merilu na obdržanje ponudbe medicinskih sester vplivajo zadostna ekonomska nadomestila, zdrava delovna okolja in močne izobraževalne ustanove. Ko obstaja nezadostna ponudba medicinskih sester, pride do pomanjkanja delovne sile. V razvitih državah do pomanjkanja medicinskih sester pride zaradi nezadostne ponudbe in nizkih lokalnih stopenj novačenja in obdržanja, ki so posledica neustreznega načrtovanja, nepriljubljenosti priložnosti za razvoj na poklicni poti ali zgodnjega upokojevanja (Buchan, Parkin & Sochalski 2003). Kateri so najbolj učinkoviti in uspešni načini za reševanje pomanjkanja medicinskih sester? Mednarodno novačenje ni ustrezna rešitev. Buchan, Parkin in Sochalski (2003) predlagajo okvir politike odzivov na pomanjkanje medicinskih sester:

- Povečati je treba novo ponudbo – v obdobju pred registracijo/v času usposabljanja;
- Izboljšati pogoje za zadržanje sedanjega osebja;
- Izboljšati uporabo veščin medicinskih sester in kombiniranje z drugim osebjem;
- Spodbuditi vračanje medicinskih sester, ki trenutno ne delajo v poklicu; ter
- Pregledati možen obseg mednarodnega novačenja.

*Druga sredstva za povečanje ponudbe medicinskih sester vključujejo lobiranje pri vladah.*

Druga sredstva za povečanje ponudbe vključujejo lobiranje pri vladah, da subvencionirajo izobraževanje v tolikšni meri, da se pokrije notranje povpraševanje in izboljšujejo delovna okolja, s čimer se novači in obdrži medicinske sestre, ki delajo v težjih delovnih pogojih. Vsak okvir politik mora vključevati posege na vseh ravneh. Oblikovati je treba nacionalne in lokalne politike, da se zagotovi sistemski pristop za zadostne človeške vire.

*Povpraševanje prebivalstva po zdravstvenem varstvu se v različnih delih sveta razlikuje.*

Povpraševanje prebivalstva po zdravstvenem varstvu se v različnih delih sveta razlikuje. V nekaterih državah, ki so jih prizadele bolezni, je ponudba medicinskih sester močno zmanjšana zaradi migracije in ogromnih zdravstvenih potreb. Na lokalno ponudbo medicinskih sester lahko vpliva

migracija. V zadnjih štirih desetletjih se je število mednarodnih migrantov več kot podvojilo (192 milijonov letno). Medicinske sestre so čedalje večji del migracijskih tokov, ki potekajo po svetu. V Avstraliji, Kanadi, Združenem kraljestvu in ZDA strokovnjaki zdravstvenega varstva, ki so se izobraževali v tujini, zdaj predstavljajo 25 % delovne sile zdravnikov in medicinskih sester.

Porazdelitev medicinskih sester se je razširila z uvedbo globalnega trga dela in z bojem za "talente" ali redke veščine. Vendar pa novačenje medicinskih sester v tujini ne rešuje izvornih problemov z novačenjem/obdržanjem, ki povzročajo pomanjkanje v državah, ki so cilj migracije (Kingma 2006). Pri medicinskih sestrah obstajajo tudi velike razlike med regijami različnih držav in znotraj iste države, vsaka država mora uporabiti več različnih strategij, ko se spoprijema z lokalnim pomanjkanjem.

## Finančne omejitve

*Ustrezno zaposlovanje morda ni deležno dovolj pozornosti.*

Sistemi zdravstvenega varstva so dragi. Številni interesi tekmujejo za denar, ki se namenja zdravstvu, in države se po svojih investicijah v zdravstveno problematiko razlikujejo. Največji stroški nastanejo zaradi zdravil, tehnologije in storitev zdravnikov. Druge stroške predstavlja denar, ki se nameni ustanovam in zdravstveni negi v skupnosti, kjer sta zasidrana zdravstvena nega in ustrezno zaposlovanje. Ker se ustrezno zaposlovanje dogaja v kontekstu širokega spektra stroškovnih premislekov, se lahko zgodi, da se mu ne posveča dovolj pozornosti, razen če se ga postavi ob bok varnosti pacientov.

Spetz (2005) navaja kot glavni razlog, da bolnišnice v ZDA ne dosegajo optimalnih ravni zaposlovanja medicinskih sester, dejstvo, da niso plačane glede na kakovost zdravstvene nege, ki jo zagotavljajo. Bolnišnice dobijo le malo sredstev za povečanje kakovosti svoje zdravstvene nege, če pa se tega lotijo, ima to za posledico visoke stroške. Posledično stroški dodatnega zaposlovanja osebja v zdravstveni negi odtehtajo koristi za bolnišnice, čeprav je takšno zaposlovanje lahko koristno za nego pacientov. Vendar pa je na dejavnike stroškov, kot so absentizem, menjavanje osebja in večja mobilnost ter umrljivost, treba gledati v širšem kontekstu stalnih stroškov sistema in družbe.

## Pomanjkanje učinkovitih orodij za merjenje delovnih obremenitev

*Obstoječa orodja niso sposobna zajeti več kot 40 % dela v zdravstveni negi.*

*Orodje za merjenje delovnih obremenitev ni celostna rešitev za določanje ustreznih ravni zaposlovanja.*

Zdravstvena nega se že vrsto let bori za to, da bi količinsko izrazila delo medicinskih sester. Raziskovanje se je na tem področju izvajalo predvsem v okoljih akutne zdravstvene nege v velikih izobraževalnih bolnišnicah. Splošno sprejeto je, da obstoječa orodja, ki so zdaj na voljo tudi na trgu, niso sposobna zajeti več kot 40 % dela v nekaterih okoljih zdravstvene nege. Ta orodja so sicer uporabna za prepoznavanje nalog medicinskih sester, vendar večina ni sposobna zajeti kognitivnih/intelektualnih vidikov vloge. Pomembne funkcije, kot so koordinacija, podpora in odločanje, niso bile zadostno opisane ali izmerjene. Tako se orodja za merjenje delovnih obremenitev sicer uporabljajo v razpravi o ustreznem zaposlovanju, vendar pa nikakor niso celostna rešitev za določanje varnih ravni zaposlovanja. Nedaven dokument Mednarodnega sveta medicinskih sester (2004) povzema problematiko prizadevanj za merjenje dela medicinskih sester. Nedvomno problematika, kot je delo v multidisciplinarnih timih zdravstvenega varstva in razvijajoča se problematika prispevkov pacientov in družin, dodatno zamegljuje razpravo tem, kaj kdo počne. Pomen, ki ga ima poklicna zdravstvena nega kot glavna sestavina nege, je dobro dokumentiran (Baumann, Deber, Silverman & Mallette 1998).

## 5. POGLAVJE

### Kako do ustreznega zaposlovanja?

Pobude za ustrezno zaposlovanje se lahko spodbuja na več načinov.

## Zakonodaja

Nekatere države so bile sposobne uveljaviti zakonodajo, ki je izboljšala ustrezno zaposlovanje medicinskih sester. V ZDA, na primer, je Ameriška zveza medicinskih sester (ANA) predlagala zakonodajo za ustrezno zaposlovanje medicinskih sester (The ANA Talks 2001). Potreba po takšni zakonodaji se je pojavila zaradi pomanjkanja medicinskih sester v ZDA ter posledic, ki jih je to prineslo (npr. nadurno delo in poslabšanje zdravstvene nege ter varnosti pacientov). Zakonodaja, ki je bila sprejeta v spodnjem domu kongresa decembra 2003, vsebuje:

- Zaščito medicinskih sester, ki poročajo o nevarnih pogojih v lastni organizaciji;
- Zbiranje in javno posredovanje podatkov o kakovosti v zvezi z zdravstveno nego (npr. ravni zaposlovanja, ki so potrebne za varno in kakovostno zdravstveno nego); in
- Potrebo po boljših orodjih za izračun ustrezne ravni zaposlovanja in kombinacije zaposlenih.

*Uzakonjena razmerja med številom medicinskih sester in številom pacientov so uveljavljena v ameriški državi Kaliforniji in v Viktoriji v Avstraliji.*

Drug pristop k zagotavljanju ustreznega zaposlovanja v zdravstveni negi je zakonodaja o ustreznih razmerjih pri zaposlovanju (ICN n.d.). Medtem ko so bila razmerja pri zaposlovanju priporočena v Belgiji s pomočjo minimalnega podatkovnega niza (ICN 2004), so uzakonjena razmerja med številom medicinskih sester in številom pacientov začeli uporabljati v praksi le v ameriški državi Kaliforniji in v avstralski državi Viktoriji (glejte Dodatek 9). Vendar vsaj 14 drugih ameriških držav razmišlja o podobnih zakonodajah (CFNU 2005). Razmerja so maksimalna števila pacientov, ki se jih lahko dodeli eni medicinski sestri v eni izmeni ter se razlikujejo glede na intenzivnost zdravstvene nege

(CNA 2003). Specifična razmerja v Kaliforniji so zasnovana na dokumentu *Assembly Bill 394* in vsebujejo načela za zaposlovanje medicinskih sester (ANA, 1999). Ta zakonski osnutek je bil oblikovan z namenom, da se obvlada krizo v zdravstveni negi pacientov, premaga pomanjkanje medicinskih sester, zaščiti varnost pacientov ter izboljša položaj v zdravstveni negi v Kaliforniji (CNA 2003).

*Avtorji so skušali določiti število osebja, ki je potrebno za reševanje več različnih problemov pacientov, vendar se je izkazalo, da je ta izračun zelo kompleksen.*

Avtorji so skušali določiti število osebja, ki je potrebno za reševanje več različnih problemov pacientov, vendar se izkazalo, da je tak izračun zelo kompleksen. Hurst (2002) predlaga druge pristope za ocenjevanje obsega in kombinacije strokovnjakov v timu zdravstvene nege (glejte Dodatek 6). Ukvarja se z algoritmom, ki je zasnovan na strokovni presoji, s formulo za izračun števila medicinskih sester na izmeno, z metodo, ki vključuje število medicinskih sester na zasedeno posteljo, z metodo intenzivnost-kakovost, z metodo čas-naloge/dejavnost in z metodo regresivne analize. Vse te metode zahtevajo veliko podatkov in dokumentacije ter so lahko težavne v okoljih, ki so že tako zaznamovana z nezadostnim zaposlovanjem. Hurst pregleduje prednosti in pomanjkljivosti vsakega pristopa. Izvedeno je bilo nekaj zanimivega dela, ki je

obravnavalo prednosti in slabosti uporabe ustreznih razmerij zaposlovanja.

#### Prednosti:

- Študije kažejo, da višje razmerje med številom medicinskih sester in številom pacientov igra pomembno vlogo pri rezultatih zdravstvene nege pacientov (Dimick, Swoboda, Pronovost & Lipsett 2001; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi & Jawad 2003);
- Izboljša se kakovost zdravstvene nege, ki se zagotavlja pacientom (CFNU 2005);
- Izboljša se novačenje in zadržanje medicinskih sester (CFNU 2005; CNA 2003);
- Poveča se dobrobit in morala medicinskih sester, zmanjša se število poškodb na delovnem mestu, poveča se zadovoljstvo s službo in zmanjša se stres (CFNU 2005);
- Poveča se sposobnost zagotavljanja storitve javnosti (CFNU 2005);
- Poveča se zaupanje v sistem javnega zdravstva (CFNU 2005);
- Zmanjša se odvisnost od agencij za zdravstveno nego (CFNU 2005); ter
- Odsotnost določil za uveljavljanje razmerij v prostovoljnih načrtih za zaposlovanje (CFNU 2005).

#### Slabosti:

- Študije niso prinesle prav veliko kliničnih dognanj, ki bi podprla uvajanje minimalnih razmerij med številom medicinskih sester in številom pacientov v bolnišnicah za akutno zdravstveno nego (Bolton in kolegi 2001; Lang, Hodge, Olson, Romano in Kravitz 2004);
- Dosledno uvajanje zaposlovalnih razmerij je drago in vsako zakonodajo morajo spremljati finančni sporazumi, s katerimi se ustvari pogoje za ustrezno financiranje;
- Razmerja ne odsevajo natančno potrebe pacientov ali kompleksnosti zdravstvene nege, ki je potrebna (CFNU 2005);
- Služijo le kot okorno merilo za zahteve po zaposlovanju;
- Na splošno ne pojasnjujejo sprememb v ravneh intenzivnosti zdravstvene nege pacientov, načrtovanju enote zdravstvenega varstva, prisotnosti pomožnega osebja in izvajalcev, ki niso medicinske sestre, ali sprememb tehnologije (CFNU 2005);
- Lahko da se ne lotevajo endemične problematike na delovnih mestih in niso relevantna v številnih mednarodnih kontekstih.

*Ena od študij je odkrila, da je razmerje med številom pacientov in številom medicinskih sester 4:1 ekonomično in je povezano z nižjo umrljivostjo pacientov.*

Kako naj se določi ustrezno razmerje zaposlovanja? Ena od študij je pokazala, da se ekonomična razmerja med številom pacientov in številom medicinskih sester gibljejo od 8:1 do 4:1. Avtorji so odkrili, da je osem pacientov na medicinsko sestro najcenejše razmerje, vendar pa je povezano z višjo umrljivostjo pacientov. Prišli so do zaključka, da je kot poseg, ki zagotavlja varnost pacientov, uvajanje razmerja med številom pacientov in številom medicinskih sester 4:1 razumno ekonomičen (Rothberg, Abraham, Lindenauer & Rose 2005). Vendar pa so razmerja odvisna od številnih dejavnikov, kot je resnost stanja pacientov in zdravstvena nega, ki je zanje potrebna. Premisleki v zvezi s stroški se lahko razlikujejo – odvisno od perspektive tistega, ki plačuje, npr. bolnišnica, zdravstveni sistem ali družba.

#### Strokovna presoja

*Namesto uzakonjenja ustreznih razmerij zaposlovanja nekateri avtorji predlagajo, da naj organizacije oblikujejo lastne definicije ustreznega zaposlovanja.*

Namesto zakonskega urejanja ustreznih razmerij zaposlovanja nekateri avtorji predlagajo, da naj organizacije oblikujejo lastne definicije ustreznega zaposlovanja na osnovi spremenljivk, kot so resnost stanja pacientov, število razmerij in kombinacija osebja. Ameriška zveza medicinskih sester podpira strokovno presojo pri določanju ustreznih ravni zaposlovanje, kot se kaže v njeni zakonodaji o ustreznem zaposlovanju, ki je dosegla vrh z Zakonom o kakovostni zdravstveni negi

leta 2004. Ta zakon je zasnovan na Načelih zaposlovanja medicinskih sester Ameriške zveze medicinskih sester, ki pravijo, da sistemi ustreznega zaposlovanja zahtevajo vnos medicinskih sester, ki zagotavljajo neposredno nego, skupaj z upoštevanjem števila pacientov, izkušnjami medicinskih sester v oddelku, resnosti stanj pacientov in razpoložljivostjo podpornih sistemov in virov (ANA 1999;

Artz 2005; Donnellan 2003; "Safe Staffing Initiatives" 2004). Ta pristop bi omogočal upoštevanje več vrst dobaviteljev nege, ki so lahko na voljo v različnih okoljih.

## Poklicni okviri

*Medicinske sestre se lahko znajdejo v položaju, ko v domači državi nimajo ustreznega okvira, s katerim bi podprle zahtevo po zadostnem zaposlovanju.*

Posamezne medicinske sestre se lahko znajdejo v položaju, ko v domači državi ni na voljo ustreznega okvira, s katerim bi podprle zahtevo po zadostnem zaposlovanju. Organizacije, kot je Mednarodni svet medicinskih sester, ne nudijo okvirov za zagotavljanje zdravstvene nege (ICN 2004). Ti dokumenti spodbujajo zdrava delovna okolja in takšno število medicinskih sester, ki zadostuje za zagotavljanje nege (ICN 2000). V idealnem primeru lahko obstajajo regulatorni okviri, smernice za poklicno prakso in smernice o najboljši praksi na lokalni ravni; vse naštetu utruje pomen zdravstvene nege in nujnost zadostne podpore s strani okolja in osebja (Panameriška zdravstvena organizacija 2004; WHO 2002). Če takšne podpore ni, se morajo medicinske sestre zanesti na zunanjo dokumentacijo, da podprejo svoje argumente za bolj varno zaposlovanje. Spletna mesta različnih organizacij vsebujejo ogromno informacij v številnih jezikih.

## 6. POGLAVJE

### Vloga nacionalnih organizacij medicinskih sester

#### Raziskovanje

Nacionalne organizacije medicinskih sester so vplivne pri določanju lokalnih, nacionalnih in mednarodnih programov za raziskovanje. Prepoznavajo prioriteta področja in vrzeli v informacijah. Vzpostavljajo omrežja z izobraževalnimi in raziskovalnimi ustanovami ter na ta način služijo kot pomemben vir podatkov ali strokovnega znanja, včasih pa vodijo tudi raziskave. Organizacije medicinskih sester so verodostojni socialni partnerji, dobri kandidati za subvencije, s katerimi se financira zbiranje podatkov in analiza položaja.

#### Oblikovanje politik

Proaktivne voditeljice v zdravstveni negi poznajo dejansko stanje v praksi in so strokovnjakinje za reševanje težav. Deležniki zdravstvenega sektorja in medicinske sestre pričakujejo od nacionalnih organizacij medicinskih sester vodenje in učinkovite strategije za obvladovanje kritičnega pomanjkanja, s katerim se soočajo številni sistemi zdravstvenega varstva po celem svetu. Nacionalne organizacije medicinskih sester so uvedle procese akreditiranja za organizacije zdravstvenega varstva, pri katerih je eden od kriterijev ustrezno zaposlovanje. Njihovo oblikovanje politik je ustvarilo novo funkcijo nacionalne organizacije medicinskih sester, ki zdaj prevzema razširjeno vlogo v zdravstvenem sektorju.

Predstavnice nacionalnih organizacij medicinskih sester so pogosto aktivne članice upravnih odborov nacionalnih regulatornih teles. V nekaterih primerih lahko nacionalna organizacija medicinskih sester funkcionira kot nacionalno regulatorno telo za medicinske sestre in zdravstveno nego. V tej vlogi razvija okvire, ki podpirajo varnost pacientov, sem pa sodi tudi ustrezno zaposlovanje in vzpostavljanje mehanizmov za spremljanje ter uveljavljanje politik ustreznega zaposlovanja. Če gre za "živ" register, iz njega lahko dobimo dragocene podatke o nihanju kapacitet.

#### Zagovorništvo

*Nacionalne organizacije medicinskih sester igrajo ključno vlogo pri zagovarjanju zdravih delovnih okolij in ustreznih zaposlovalnih praks.*

Nacionalne organizacije medicinskih sester igrajo ključno vlogo pri zagovarjanju zdravih delovnih okolij in ustreznih zaposlovalnih praks. To se lahko dogaja na nacionalni ravni ali pa v vlogi posebne interesne/specializirane skupine. Adkinson (2004) na primer razpravlja o stališčih Društva pediatričnih

medicinskih sester o ustreznem zaposlovanju. Društvo zagovarja zadostne ravni zaposlovanja na pediatričnih oddelkih. Njihova priporočila so zasnovana na študijah, ki kažejo povečane ravni obolevnosti in umrljivosti pacientov v primerih, ko ni na voljo zadostnega zaposlovanja. Zveza medicinskih sester Severne Karoline (2005) ima prav tako dokument o stališčih glede ustreznega zaposlovanja. Podpira prizadevanja za promocijo ustreznega zaposlovanja za medicinske sestre in podpira Zakon o ustreznem zaposlovanju medicinskih sester ter Načela Ameriške zveze medicinskih sester za zaposlovanje medicinskih sester (glejte Dodatek 5). Poudarja potrebo po tem, da se rezultate ustreznega zaposlovanja jasno definira v zdravstveni negi pacientov, v delovnem življenju medicinskih sester in pod organizacijskimi kategorijami.

## Zastopanje

*Nacionalne organizacije medicinskih sester so odgovorne, da zastopajo in branijo svoje članice tako na sodišču kot pri regulatornem telesu.*

V okolju, kjer je čedalje več sodnih postopkov, se medicinske sestre znajdejo v položaju, ko so zakonsko in včasih finančno odgovorne za nezaželene dogodke, ki nastanejo prej zaradi pomanjkljivih zdravstvenih sistemov (npr. zaradi nezadostnega zaposlovanja) kot pa zaradi malomarnega opravljanja poklicnih dolžnosti ali napake kateregakoli posameznika. Nacionalne organizacije medicinskih sester so odgovorne, da zastopajo in branijo svoje članice tako na sodišču kot pri regulatornem telesu.

Nekaterim zvezam je uspelo uvesti zakonodajo, ki ščiti tiste zaposlene, ki opozorijo na nepravilnosti znotraj lastnih organizacij – pravno zaščito osebja, ki prijavi nevarne prakse, potem ko so se interni poskusi reševanja problemov na delovnem mestu izjalovili – na ta način se zagotovi pomoč, preden nastopi kriza.

## Pogajanje

V kontekstu kritičnega pomanjkanja medicinskih sester se načrtovanje človeških virov pogosto navaja kot enega prvih ukrepov, ki so potrebni, da se situacija popravi. Nacionalne organizacije medicinskih sester morajo igrati odločilno vlogo in govoriti v imenu medicinskih sester ter zdravstvene nege, se pogajati za zadostno ponudbo medicinskih sester, ki vstopajo v aktivno prakso (npr. število študijskih mest, subvencije in štipendije), ter odločno zahtevati delovne pogoje, v katerih kompetentne medicinske sestre ostanejo v zdravstvu (npr. ustrežno zaposlovanje).

Nacionalne organizacije medicinskih sester po celem svetu so neposredno ali posredno vključene v pogajanja o delovnem življenju medicinskih sester. Kolektivni sporazumi, ki podpirajo ustrežno zaposlovanje, so pravno zavezujoči inštrumenti, ki omogočajo obvladljive delovne obremenitve kot tudi varnost pacientov. Pogajanja ne potekajo samo v kontekstu trga dela, ampak tudi v parlamentu. Kot smo že omenili, je lokalna in državna zakonodaja uvedla ukrepe, da se zagotovi ustrežno zaposlovanje. To pa ne bi bilo mogoče brez stalnih in učinkovitih pogajanj pristojnih nacionalnih organizacij medicinskih sester. Ustrežno zaposlovanje nedvomno zahteva pristop z več strani, pri katerem nacionalne organizacije medicinskih sester mobilizirajo svoje vire kot tudi vsa svoja omrežja.

## 7. POGLAVJE

### Priporočila

*Okolja zdravstvenega varstva se razlikujejo, vendar je vsem skupna potreba po zadostnem osebju.*

Nezadostno zaposlovanje je v nekaterih okoljih doseglo krizne razsežnosti. Poudarek na ustreznem zaposlovanju je osvetlil številne probleme, ki obstajajo pri zdravstveni negi pacientov. Čedalje več je dognanj, ki podpirajo zahtevo po obsegu osebja zdravstvene nege, s katerim je mogoče zagotoviti celostno zdravstveno nego. Okolja zdravstvenega varstva so različna, vendar je vsem skupna potreba po zadostnem osebju. Ta potreba presega minimum, ki je potreben za potencialno podstandardno zdravstveno nego, in odseva dejstvo, da za zagotavljanje optimalne zdravstvene nege potrebujemo zadostno osebje. V

nadaljevanju so napotki za povečevanje podpore ustrznemu zaposlovanju. Priporočila so namenjena poklicnim zvezam.

1. Določite obseg problema;
2. Definirajte ustrezno zaposlovanje v kontekstu zahtev v zvezi s pacientom;
3. Zberite vse relevantne podatke;
4. Uporabite orodje za ocenjevanje in dodatno razčlenite problematiko;
5. Pripravite načrt komuniciranja, ki bo vplival na sprejemanje odločitev;
6. Uporabite zbirko orodij, da zagotovite osnovne podatke, s katerimi se podpre pobude za ustrezno zaposlovanje;
7. Sodelujte pri načrtovanju človeških virov v zdravstvu in pri razvoju politik na ravni vlade;
8. Podprite študij za ocenjevanje učinka, tako da se ve, kako potencialne ali dejanske spremembe v politikah vplivajo na delovne pogoje za osebje in delovno življenje ter varnost pacientov;
9. Lobirajte pri delodajalcih, da zagotovite zdrava delovna okolja in ustrezno zaposlovanje;
10. Izobražujte javnost o pomenu storitev zdravstvene nege; ter
11. Sodelujte pri lokalnih pobudah, ki promovirajo zdrava delovna okolja za medicinske sestre.

## ZBIRKA ORODIJ ZA POBUDO

### Dodatek 1

### Orodje za ocenjevanje zaposlovanja medicinskih sester

#### Delovno okolje delodajalcev/organizacija

- Ali delovno okolje/organizacija osebju zagotavlja ustrezno opremo, tako da se lahko pacientom nudi ustrezno zdravstveno nego?
- Ali ima delovno okolje/organizacija ustrezno fizično lokacijo, na kateri osebje lahko opravlja svoje delo na funkcionalnem oddelku?
- Ali obstajajo politike delovnega okolja/organizacije, ki obravnavajo ustrezno zaposlovanje? Ali se spremlja njihovo udejanjanje? Ali se politike redno pregleduje in po potrebi popravlja? Ali obstajajo postopki za pritožbe?
- Ali obstaja jasno in vplivno vodenje zdravstvene nege na najvišji ravni odločanja, ki igra polno in proaktivno vlogo pri korporativnem in strateškem načrtovanju?
- Ali medicinske sestre prejmejo ustrezno plačilo za svoje delo? Ali delovni pogoji omogočajo optimalno novačenje in obdržanje medicinskih sester?

### **Medicinska sestra**

- Ali sestava osebja zdravstvene nege vsebuje ustrezno kombinacijo veščin in znanj?
- Ali se pri določanju delovnih obremenitev medicinskih sester upošteva kompleksnost pacientov?
- Ali se redno izvajajo ocene delovnih obremenitev medicinskih sester, vključno z oceno učinka takšnih dolžnosti, kot sta izobraževanje in nadzor?
- Ali so medicinske sestre vključene v odločanje o zaposlovanju?
- Ali medicinske sestre spremljajo lastno osebno zdravje?

### **Vlada**

- Ali vladne politike skrbijo za zadostno ponudbo medicinskih sester, ki je na voljo, da se zadovolji zdravstvene potrebe populacij pacientov?
- Ali obstaja okvir politik za človeške vire v zdravstvu?
- Ali obstaja kombinacija določenega zdravstvenega osebja in ali to osebje dela skupaj?
- Ali so pripravljene politike za obdržanje v poklicu in imigracijo, ki poskrbijo, da ne pride do pomanjkanja medicinskih sester?
- Ali vlada skrbi za financiranje in upravljanje sistema zdravstvenega varstva?
- Ali vlada zagotavlja regulatorni okvir, s katerim se poskrbi za prakse varnega zaposlovanja medicinskih sester?
- Ali vlada izvaja ocene učinka politik, preden uvede spremembe zakonodaje, ki bodo vplivale na povpraševanje po delovni sili?
- Ali so medicinske sestre dovolj plačane za svoje delo?

### **Nacionalna organizacija medicinskih sester**

- Ali nacionalna organizacija medicinskih sester podpira procese akreditacije organizacij zdravstvenega varstva, ki vključujejo kriterij ustreznega zaposlovanja?
- Ali nacionalna organizacija medicinskih sester zagovarja in promovira zdrava delovna okolja za medicinske sestre?
- Ali nacionalna organizacija medicinskih sester sodeluje pri izobraževanju uporabnikov zdravstva, vključno z delodajalci, o praksah ustreznega zaposlovanja za medicinske sestre?
- Ali nacionalna organizacija medicinskih sester spodbuja in zagotavlja poklicni razvoj medicinskih sester?
- Ali si išče zaveznitva z organizacijami pacientov ali drugimi poklicnimi skupinami, da se zagotovi osredotočen odziv na problematiko delovnih obremenitev?
- Ali nacionalna organizacija medicinskih sester prispeva k oblikovanju programa za raziskovanje ter ocen kapacitet in zmožnosti delovne sile v zdravstveni negi?

### **Izobraževalna ustanova**

- Ali izobraževalne ustanove storijo vse, da učni načrti medicinskim sestram zagotovijo potrebne kompetence za ocenjevanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege na način, ki ima za stranski proizvod informacije o delovnih obremenitvah ter intenzivnosti zdravstvene nege?
- Ali izobraževalne ustanove ponujajo fleksibilen dostop do izobraževanja, s čemer se podpira pobude za novačenje in obdržanje?
- Ali so izobraževalci vključeni v razprave o lokalni ponudbi in v celoten dialog o politikah?

### **Regulatorna telesa**

- Ali regulatorna telesa redno pregledujejo doseg prakse in kompetenc, ki se zahtevajo za zagotavljanje sodobne zdravstvene nege?
- Ali se podatke iz registra redno uporablja kot osnovo za odločitve v zvezi z načrtovanjem delovne sile in ocenjevanje uspešnosti pobud, ki so namenjene novačenju in obdržanju osebja?

- Ali regulatorno telo redno analizira trende, ki so razvidni iz pritožb in zdravstvenih rezultatov, ter izdajajo priporočila, s katerimi obveščajo delodajalce in vlado o novo nastalih problematikah v zvezi z delovno silo?
- Ali se regulatorna telesa redno sestajajo s sektorji, kot so izobraževanje, zdravstvo in delo?

## Dodatek 2

### Varno zaposlovanje: Kaj lahko storijo medicinske sestre

- Lobirate lahko za ustrezne ravni zaposlovanja in zdrava delovna okolja v vaših službah, v vaši skupnosti in na nacionalni ravni. Uporabite elektronsko pošto, pisma ali obiske vladnih uradov, da poučite vladne uradnike, višje upravnike bolnišnic ali upravnike skupnosti ter druge, ki sprejemajo odločitve, ter organizacije, ki vplivajo na prakso zdravstvene nege. Priporočite varna razmerja v danih lokalnih in institucionalnih kontekstih. Pogajajte se za ustrezno zaposlovanje v kolektivnih pogodbah. Pokažite, zakaj je ustrezno zaposlovanje pomembno za varnost vaših pacientov in kakšno vrsto zdravstvene nege lahko zagotovite ob ustreznih ravneh zaposlovanja.
- Poskrbite, da se glas zdravstvene nege sliši v vaši državi – sodelujte pri načrtovanju, upravljanju in razvoju virov na lokalni in nacionalni ravni. Uporabite skupek orodij, da zagotovite osnovne podatke v podporo pobudam za ustrezno zaposlovanje. Poskrbite, da se podatke redno uporablja kot podlago pri odločitvah glede načrtovanja delovne sile in pri ocenjevanju uspeha pobud, ki so namenjene novačenju ali obdržanju osebja.
- Razvijte in razširite izjavo o stališčih, seznam dejstev in izjavo za tisk o ustreznih ravneh zaposlovanja ter o varnosti pacientov (glejte vzorec). Uporabite okrožnico ali bilten svoje nacionalne organizacije medicinskih sester in dokumente pošljite lokalnim in nacionalnim tiskovnim agencijam, da dosežete čim širšo javnost.
- Definirajte doseg dejavnosti članic zdravstvene nege in zdravstvenega tima. Za oboje določite specifične in skupne kompetence. Lobirajte za redno pregledovanje prakse in kompetenc, ki so potrebne za zagotavljanje optimalne zdravstvene nege.
- Pridobite podporo izven svojega poklica. Vzpostavljajte partnerstva z drugimi strokovnjaki zdravstvenega varstva. Organizirajte prireditve na temo varnosti pacientov in javnosti ter zagotovite javno izobraževanje o ustreznih ravneh zaposlovanja. V vašem verskem centru, v ženski skupini ali v skupini v skupnosti organizirajte predstavitev o tem, kako ustrezno zaposlovanje vpliva na vsakogar. Informirajte skupine pacientov in porabnikov o pomenu ustreznih ravni zaposlovanja in zadostnega razmerja med številom medicinskih sester ter številom pacientov.
- Zakupite oglasni prostor v vašem lokalnem časopisu, da javnost poučite o pomenu ustreznega zaposlovanja medicinskih sester. S tem boste pridobile pozornost javnosti, lokalnih upravnih organov in uprav bolnišnic. Razširite brošure in plakate ter organizirajte medijske dogodke, kot je radijski ali televizijski intervju.
- Podpirajte raziskovanje in zbirajte podatke o najboljši praksi. Razširite ekonomično raziskovanje o ravneh zaposlovanja medicinskih sester. Izvedite študije, s katerimi se oceni vpliv na delovno silo in varnost pacientov, ki ga ima načrtovanje ali uvajanje politik v zvezi z zdravstvom.
- Podelite priznanja ustanovam zdravstvenega varstva, ki uvedejo ustrezno zaposlovanje.
- Zagovarjajte fleksibilen dostop do izobraževanja medicinskih sester ter izboljšanje učnih načrtov, s čemer se zagotovi, da imajo medicinske sestre potrebne kompetence za ocenjevanje, načrtovanje, uvajanje in vrednotenje zdravstvene nege.
- Podpirajte povečevanje zmoglosti upraviteljev na področju načrtovanja, upravljanja in razvoja človeških virov.
- Razširite skupek orodij za ustrezno zaposlovanje prek spletnega mesta nacionalne organizacije medicinskih sester, telekonferenc in delavnic. Posredujte ga drugim zainteresiranim organizacijam. Lahko pošljete opozorila prek spleta in/ali elektronske pošte, da obvestite ciljne publike o dostopnosti skupka orodij na spletnem mestu.

**PRIMER IZJAVE ZA TISK: Z varnim zaposlovanjem v zdravstvenem varstvu se rešuje življenja in prihrani denar**

**Zdravstvena nega po celem svetu poziva zakonodajalce in oblikovalce politik, da se lotijo zadovoljevanja potrebe po zadostnih in ustreznih človeških virih v okoljih zdravstvenega varstva**

**Ženeva, 12. maj 2006** - Nezadostno zaposlovanje v okoljih zdravstvenega varstva dosega krizne razsežnosti v vseh regijah. Dognanja kažejo, da to povzroča kritično daljšanje bivanja v bolnišnicah, povečuje obolevnost in umrljivost pacientov ter število nezaželenih dogodkov, ki bi se jih dalo preprečiti. Ena od študij je odkrila, da je povečanje delovne obremenitve ene medicinske na kirurgiji s štirih pacientov na šest, povzročilo štirinajstodstotno povečanje verjetnosti, da en pacient v oskrbi te medicinske sestre umre v 30 dneh po sprejemu.<sup>1</sup> Dejstvo je, da se številne medicinske sestre – kar se tiče števila pacientov – vsak dan soočajo z veliko večjimi delovnimi obremenitvami. Ob mednarodnem dnevu medicinskih sester medicinske sestre povsod pozivajo k sprejetju okvira politik, ki bi zagotovil, da se resno pozornost posveti celostnemu načrtovanju človeških virov v zdravstvu in zadostnemu razmerju med številom medicinskih sester in številom pacientov v vseh okoljih zdravstvenega varstva.

Obseg delavcev zdravstvenega varstva ima nedvomno velik pomen. "Dognanja so zdaj na voljo – zadostna ponudba medicinskih sester je bistvenega pomena za zdravstvene rezultate držav. Izboljšano zaposlovanje medicinskih sester (tako v številkah kot v kombinaciji veščin) je povezano z nižjimi ravnmi umrljivosti pacientov v bolnišnicah in s krajšim bivanjem v bolnišnici – na ta način se rešujejo življenja in prihrani denar," je dejala Hiroko Minami, predsednica Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN). "Ustrezno zaposlovanje zmanjšuje število napak pri medikaciji, okužb po posegu sečnih poti, krvavitev v zgornjem gastrointestinalnem traktu, padcev, primerov pljučnice in šoka. Globalno pomanjkanje medicinskih sester, ki smo mu priča danes, nedvomno ogroža doseganje milenijskih razvojnih ciljev."

Visoka razmerja med številom pacientov in številom medicinskih sester nimajo samo negativnega učinka na rezultate pri pacientih, ampak vplivajo tudi na medicinske sestre, ki so bolj izpostavljene čustveni izčrpanosti, stresu, nezadovoljstvu s službo in kronični izčrpanosti ("burnout"). Medicinske sestre, ki stalno delajo nadure ali delajo brez zadostne podpore, so nagnjene k večjemu absentizmu in slabšemu zdravju, na ta način pa se slabi odzivnost zdravstvenega sistema na zdravstvene potrebe skupnosti.

Okolja zdravstvenega varstva se po svetu razlikujejo, vendar pa je vsem skupna potreba po zadostnem osebju. Ta potreba presega zgolj minimum, ki je potreben za podstandardno zdravstveno nego. Medicinske sestre, organizacije zdravstvene nege in uporabniki zdravstva so pred izzivom, da določijo ustrezne ravni zaposlovanja v kontekstu zahtev glede pacientov, zberejo relevantne klinične podatke in podatke o delovni sili, obelodanijo in prikažejo pomen ustreznega zaposlovanja, oblikujejo

<sup>1</sup> Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J & Silber J (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, *JAMA*. 288: 1987-1993

zavezništva v podporo politikam ustreznega zaposlovanja, izvedejo študije za oceno učinkov in pripravijo načrt komuniciranja, ki bo učinkovito vplivalo na sprejemanje odločitev.

Da bi medicinskim sestram, upravnikom bolnišnic, vladam in javnosti na splošno pomagal razumeti to kompleksno in pomembno temo, je Mednarodni svet medicinskih sester pripravil zbirko orodij o ustreznem zaposlovanju – *Z ustrzenim zaposlovanjem rešujemo življenja*, ki je na voljo na spletni strani Mednarodnega sveta medicinskih sester [www.icn.ch](http://www.icn.ch).

#### Opomba urednika

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je federacija 129 nacionalnih organizacij zdravstvene nege, ki predstavlja milijone medicinskih sester iz celega sveta. Ker ga od leta 1899 vodijo medicinske sestre za medicinske sestre, je Mednarodni svet medicinskih sester mednarodni glas zdravstvene nege in s svojim delovanjem zagotavlja kakovostno zdravstveno nego za vse ter trdne globalne zdravstvene politike.

**Za dodatne informacije se obrnite na Lindo Carrier-Walker**

**Tel: + 41 22 908 0101 Faks: + 41 22 908 0101**

**Elektronska pošta: [carrwalk@icn.ch](mailto:carrwalk@icn.ch) Spletno mesto: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)**

#### Dodatek 4

#### Ali ste vedeli...? Dejstva o ustreznem zaposlovanju

- Ustrezno zaposlovanje pomeni, da je ustrezno število osebja s primerno kombinacijo ravni veščin vedno na voljo in lahko poskrbi, da so zadovoljene potrebe pacientov po zdravstveni negi in da se vzdržuje delovne pogoje, ki izključujejo tveganja.
- V ZDA na leto umre 98.000 ljudi zaradi napak pri zdravljenju, do katerih pride v bolnišnicah (več kot pa jih umre zaradi nesreč z motornimi vozili, raka dojke ali AIDS) – nevarno zaposlovanje in velike delovne obremenitve so glavni dejavniki, ki prispevajo k takšnemu stanju.
- Pestrejša kombinacija veščin medicinskih sester zmanjša obolevnost in umrljivost pacientov, omeji nezaželene dogodke, skrajša bivanje v bolnišnici in poveča zadovoljstvo pacientov. Medicinske sestre v takšnih delovnih okoljih poročajo, da so bolj zadovoljne s službo, manj podvržene stresu in da je v njihovih vrstah manj primerov izčrpanosti. Stopnje absentizma in fluktuacije se zmanjšajo, to pa ima pozitiven učinek na kontinuiteto in kakovost zdravstvene nege.
- V oddelku, ki nudi zdravstveno nego pacientom z AIDS, je bila zaposlitev dodatne medicinske sestre na pacienta na dan povezana s petdesetodstotnim zmanjšanjem umrljivosti v tridesetih dnevih.
- Raziskave so odkrile, da je zmanjšano število medicinskih sester ponoči povezano s povečanim tveganjem v zvezi s specifičnimi postoperativnimi pljučnimi komplikacijami, z več padci in z nižjim zadovoljstvom pacientov, ko gre za obvladovanje bolečin.
- Na kirurškem oddelku so raziskovalci odkrili, da je bil vsak dodatni pacient na medicinsko sestro, ki že skrbi za štiri paciente, povezan s sedemodstotnim povečanjem verjetnosti, da eden od pacientov umre v tridesetih dneh po sprejemu, in s sedemodstotnim povečanjem verjetnosti, da pride do neuspeha pri reševanju.
- Prečna analiza zdravniških pacientov in pacientov, ki so prestali kirurški poseg, je odkrila, da sta bila višje razmerje ur zdravstvene nege medicinskih sester na dan in višje število ur zdravstvene nege medicinskih sester na dan povezana s krajšim bivanjem v bolnišnici; nižjimi stopnjami okužb sečnih poti, krvavitev v zgornjem gastrointestinalnem traktu, pljučnice, šoka in zastoja srca ter z manj primeri neuspehov pri reševanju.
- Ustrezno zaposlovanje je ekonomično za posameznike, zdravstvene sisteme in družbo. Organizacije z zadostnim številom medicinskih sester in zdravnikov z obsegom svojega osebja povečujejo svojo konkurenčno prednost pred drugimi bolnišnicami.

- V obdobjih kritičnega pomanjkanja medicinskih sester je ustrezno zaposlovanje močna spodbuda za medicinske sestre, da ostanejo v aktivni praksi ali se vanjo vrnejo, na ta način predstavlja učinkovito strategijo za novačenje in obdržanje.
- Odgovornost se poveča v kliničnem kontekstu, kjer obstaja neustrezna infrastruktura in nezadostno zaposlovanje.
- Okviri politik za človeške vire v zdravstvu so nujna podlaga odločitev o zaposlovanju medicinskih sester.

## Dodatek 5

### Ameriška zveza medicinskih sester Načela za zaposlovanje medicinskih sester

#### Matrica za sprejemanje odločitev o zaposlovanju

Postavke	Elementi/Definicije
Pacienti	Lastnosti in število pacientov, katerim se nudi zdravstvena nega.
Intenzivnost oddelka in zdravstvene nege	Intenzivnost zdravstvene nege posameznih pacientov; intenzivnost zdravstvene nege na oddelku (upoštevaje raznolikost okolij); variabilnost zdravstvene nege; sprejemi, odpusti in napotitve; obseg.
Kontekst	Arhitektura (geografska razpršenost pacientov, velikost in razporeditev posameznih sob za paciente, ureditev vseh oddelkov za zdravstveno nego pacientov itd.); tehnologija (pozivniki, prenosni telefoni, računalniki); isti oddelek ali gruča pacientov.
Strokovno znanje	Krivulja učenja za posameznike in skupine medicinskih sester; konsistentnost osebja, kontinuiteta in kohezivnost; navskrižno usposabljanje; nadzor prakse; sodelovanje v dejavnostih za izboljšanje kakovosti; poklicno pričakovanje; priprava in izkušnje.

#### Načela za zaposlovanje medicinskih sester

Spodnjih devet načel je sestavil strokovni odbor za zaposlovanje medicinskih sester, sprejela pa jih je uprava Ameriške zveze medicinskih sester 24. novembra 1998:

##### V zvezi z oddelkom za zdravstveno nego pacientov

1. Ustrezne ravni zaposlovanja na oddelku za zdravstveno nego pacientov odsevajo analizo posameznih in celotnih potreb pacientov.
2. Nujno je treba bodisi opustiti ali pa resno preučiti uporabnost koncepta ure zdravstvene nege na pacienta na dan.
3. Pri določanju ravni zaposlovanja je treba upoštevati tudi funkcije oddelka, ki so nujne za zagotavljanje kakovostne nege pacientov.

### **V zvezi z osebjem**

4. Ustrezne klinične kompetence medicinskih sester na določenem področju se morajo določati glede na specifične potrebe različnih populacij pacientov.
5. Medicinske sestre morajo imeti podporo svoje uprave in biti zastopane tako na ravni izvedbe kot na ravni upravljanja.
6. Klinična podpora izkušenih medicinskih sester mora biti vedno na voljo medicinskim sestram z manj znanja.

### **V zvezi z ustanovo/organizacijo**

7. Organizacijska politika mora odsevati organizacijsko ozračje, ki ceni medicinske sestre in druge zaposlene kot strateško pridobitev, in pokazati resno predanost, da se pravočasno zagotovijo proračunska sredstva.
8. Vse ustanove morajo imeti dokumentirane kompetence osebja zdravstvene nege (vključno s pogodbeno najetimi, začasnimi in potujočimi medicinskimi sestrami) za tiste dejavnosti, za katerih opravljanje so pooblašene.
9. Organizacijske politike morajo upoštevati miriada potreb pacientov kot tudi osebja zdravstvene nege.

## **Dodatek 6**

### **Izbira in uporaba metod za določanje velikosti timov zdravstvene nege in kombinacije veščin v njih**

Prirejeno po povzetku: Sistematičen pregled strokovne literature, ki jo je naročilo Ministrstvo za Zdravstvo, april 2002, Dr. Keith Hurst, višji predavatelj na Nuffield Institute for Health, Univerza v Leedsu.

#### **Uvod**

To poročilo vam bo pomagalo, da se znajdete v kompleksnem in negotovem svetu načrtovanja delovne sile v zdravstveni negi in sprejmete boljše odločitve o ekonomičnih številih ter kombinacijah medicinskih sester. V ta namen bomo pregledali in opisali pet običajno uporabljenih metod načrtovanja delovne sile.

V pojasnjevanje prednosti in pomanjkljivosti petih sistemov načrtovanja delovne sile, ki jih na kratko opisujemo tukaj, je bilo vloženo veliko truda:

1. Pristop s strokovno presojo.
2. Metoda števila medicinskih sester na zasedeno posteljo.
3. Metoda intenzivnost-kakovost.
4. Pristopi s časom na nalogo/dejavnost.
5. Sistemi na osnovi regresije.

Razlage in vaje za pet običajno uporabljenih metod za ocenjevanje ali vrednotenje velikosti in kombinacij v vaših timih zdravstvene nege se gibljejo od enostavnih do kompleksnejših. Točne korake, ki so potrebni za izračun velikosti in kombinacij v timih zdravstvenega varstva po vsaki metodi, lahko najdete v polnem poročilu dr. Hursta. Naslov spletnega mesta je naveden na koncu tega povzetka.

#### **Pristop s strokovno presojo**

Ta tehnika vam preprosto pomaga, da spremenite sezname osebja, ki se menjava na dolžnosti, v ekvivalente celotnega časa (ECC). Ta metoda, kot prikazuje algoritem spodaj, je enostavna za uporabo in je odlično izhodišče, preden se lotite bolj zapletenih metod, ki so v nadaljevanju. Odkrili boste, da je ta metoda dragocena za hitro prilagajanje vaših ustanov zdravstvenega varstva po spremembah politik in praks, kot so popravki pri primopredaji dolžnosti ali odmorih. V naslednjem

primeru oddelka s petnajstimi posteljami za paciente, ki so prestali kirurški poseg, je bila sprejeta odločitev, da se razporedi tri medicinske sestre na dopoldansko in popoldansko izmeno ter dve medicinski sestri na nočno izmeno. Vključena je polurna primopredaja dolžnosti med dopoldansko in popoldansko izmeno ter petnajst minut za primopredajo med popoldansko in nočno izmeno, ker je to del običajnega delovnega vzorca. Vnesete lahko vaš urnik in vaša števila osebja za različne kontekste.

**Tabela 1: Sedem dni na oddelku – Formula za zaposlovanje po strokovni presoji**

➤ **1. korak:** Izračunajte število potrebnih delovnih ur:

Zgodnja izmena: 07 <sup>00</sup> do 1430	= 7,5 ure x 3 medicinske sestre x 7 dni	157,5 ure
Pozna izmena: 14 <sup>00</sup> do 21 <sup>30</sup>	= 7,5 ure x 3 medicinske sestre x 7 dni	157,5 ure
Nočna izmena 21 <sup>15</sup> do 07 <sup>15</sup>	= 10 ur x 2 medicinski sestri x 7 dni	140 ur
Skupaj	=	455 ur

Vendar pri teh urah domnevamo, da niso medicinske sestre nikoli bolne, na dopustu itd. Zato je vse vrste izostankov z dela treba pokriti s "prekinitvenimi" prilagoditvami. Toleranca v obsegu 22%, ki se uporablja v formuli spodaj, izhaja iz študije o "prekinitvah" na več kot 300 splošnih oddelkih v Združenem kraljestvu. Lahko pa vnesete tudi lokalno vrednost, ki jo lahko dobite na vašem kadrovskem oddelku.

➤ **2. korak:** Dodajanje tolerance za prekinitve.

455 ur x 1,22 (prekinitve)	= 555,1 ure / 37,5 ure (1 ECČ)	= 14.8 ECČ
----------------------------	--------------------------------	------------

Vzorec zaposlovanja treh medicinskih sester dopoldne, treh medicinskih sester popoldne/zvečer in dveh medicinskih sester ponoči torej za ta majhni oddelk s pacienti na kirurgiji zahteva skoraj 15 medicinskih sester, ki so zaposlene za poln delovni čas.

### Prednosti

- hitro, enostavno in poceni;
- lahko se uporabi za katerokoli posebno področje, neglede na to, koliko ur na dan služba deluje;
- rezultate se enostavno posodablja;
- za druge skupine zdravstvene nege je potrebno le malo prilagoditev;
- učinke prilagoditve zaposlovanja medicinskih sester na kakovost nege in zadovoljstvo s službo se lahko meri z eno od anket o kakovosti zdravstvene nege in zadovoljstvu medicinskih sester s službo.

Ta metoda je odlična odskočna deska za bolj zapletene metode in se pogosto uporablja za preverjanje rezultatov drugih metod, je neke vrste zanesljiv pristop k operativnemu upravljanju. Podobni rezultati pri dveh ali več metodah (triangulacija) vas bodo potrdili v vaših odločitvah.

### Pomanjkljivosti

- odnos med ravnmi zaposlovanja in kakovostjo zdravstvene nege je težko razložiti (kako naj vemo, če je 25,5 ECČ medicinskih sester dovolj, da se vzdržuje sprejemljiv standard zdravstvene nege ali zagotovi pravično razporejene delovne obremenitve, zadovoljstvo s službo, s tem pa tudi željo ostati v zdajšnji službi);

- metoda je manj fleksibilna ob spremembi števila pacientov in še posebej ob spremembi kombinacije odvisnosti pacientov (oddelek bo pogosto imel preveč ali premalo osebja);
- metoda je preveč subjektivna (ali naj poklicni strokovnjaki sami določajo ravni svojega zaposlovanja brez neodvisnega nadzora?);
- izračuni postanejo nerodni, ko se dela neobičajne izmene, npr. v dolgih delavnikih. Vendar računalniške preglednice olajšajo to breme.

### **Metoda števila medicinskih sester na zasedeno posteljo**

Povprečje medicinskih sester na zasedeno posteljo je druga priljubljena in enostavna metoda določanja ali ocenjevanja števila in kombinacije osebja na oddelku.

#### **Prednosti**

- lahko se uporablja za potrjevanje odkritij metode s strokovno presojo;
- je zelo koristna, če se število postelj na vašem oddelku spremeni in morate temu primerno prilagoditi organizacijo zdravstvenega varstva;
- zagotavlja enostavno načrtovanje delovne sile, ko gre za povpraševanje;
- formule za glavna specializirana področja so edinstvene, ker so izpeljane iz podatkov, ki so bili zbrani na istih specialističnih oddelkih;
- omogoča enostavno določanje strukture ustanov in sestavljanje kombinacij veščin na oddelku, ker so formule razčlenjene po veščinah medicinskih sester;
- podatke se enostavno vnaša v računalniške preglednice.

#### **Pomanjkljivosti**

- metoda deluje ob domnevi, da so je bilo zaposlovanje že v izhodišču določeno racionalno;
- ne jamči, da povprečja iz drugih virov prihajajo iz oddelkov, ki zagotavljajo sprejemljiv standard zdravstvene nege;
- ni dozvetna za spremembe v odvisnosti pacientov (formule priporočajo isto število medicinskih sester za populacije pacientov s pretežno nizko odvisnostjo kot za bolnišnične paciente z visoko odvisnostjo);
- posodabljanje formul je drago;
- v rutinsko zbrane podatki, npr. zasedenost postelj, ki se uporabljajo v formulah za zaposlovanje, se lažje prikradejo napake kot pa v tiste, ki se jih zbira namenoma in sistematično, ker se empirične podatke običajno na nek način potrjuje;
- vsebuje skrite strukture in procese, ki jih je treba posebej prikazati;
- podatki so bili lahko zbrani na oddelkih, ki so geografsko različni od vaših oddelkov;
- metoda ni dojemljiva za prispevek medicinskih sester, ki se uvajajo v delo, po drugi strani pa ne zazna časa, ki ga za njihovo uvajanje porabi kvalificirano osebje.

### **Metoda intenzivnost-kakovost**

Tretji način ocenjevanja ali vrednotenja velikosti in kombinacije veščin timov zdravstvenega varstva na oddelku je metoda, ki upošteva odvisnost, dejavnost in kakovost. Ta zaposlovalna metoda odpravlja večino pomanjkljivosti, na katere naletimo pri metodi strokovne presoje in metodi števila medicinskih sester na zasedeno posteljo. Uporabna je za oddelke, kjer število pacientov in kombinacija nihata. Zaradi tega upravniki oddelkov s pacienti v zdravniški oskrbi in pacienti za kirurgijo cenijo metodo razmerja med intenzivnostjo nege in kakovostjo. Formule niso občutljive samo za število in kombinacijo bolnišničnih pacientov, ampak imajo tudi spodnjo mejo, pod katero standardi zdravstvene nege ne smejo pasti. Formule je torej bolj zapleteno sestaviti in uporabiti. Analiza običajno zahteva računalniške preglednice, posebej ko pride do vprašanj, ki vsebujejo "kaj - če", npr. kaj naj storimo, če na oddelk nenadoma pride več pacientov z visoko odvisnostjo.

## **Prednosti**

- spreminjanje spremenljivk na oddelku, še posebej število pacientov in kombinacije odvisnosti, se enostavno prilagodi z algoritmom intenzivnost-kakovost;
- metodo intenzivnost-kakovost lahko obrnete in prilagodite zasedenost oddelka ter kombinacijo odvisnosti tako, da ustreza razpoložljivim virom zdravstvene nege;
- ko je računalnik pripravljen, lahko izračunate število zaposlenih za posamezne izmene;
- izhodiščne vrednosti in pokazatelji uspešnosti zdravstvene nege (kot so stroški nege na zasedeno posteljo) so naravni stranski produkti te metode.

## **Pomanjkljivosti**

- metoda intenzivnost-kakovost je kompleksna;
- sprejeti je treba minute neposredne nege za vsako kategorijo odvisnosti, razen če lahko dobite vrednosti za lokalne dejavnosti zdravstvene nege;
- občutek lastništva, ki pride z uporabo lokalnih informacij, se lahko izgubi, ko se uporablja zunanje podatke;
- vnašanje števila pacientov in podatkov o pripadajočih dejavnosti nege v skupine različnih odvisnosti ne upošteva lastnosti posameznega pacienta;
- dejavnost zdravstvene nege, ki se uporabi za to, da dobimo potrebni čas nege, včasih ne izmeri psihološke komponente nege pacientov. Vendar je večina drugih metod celo manj občutljiva za to problematiko;
- v nekaterih situacijah metoda lahko priporoči ustanove zdravstvene nege, ki ne morejo zagotoviti niti ene kvalificirane medicinske sestre na izmeno, ker je metoda zasnovana na delovnih obremenitvah in zasedenosti;
- populacije pacientov, ki so manjše od 12 (še posebej pri pacientih z nizko odvisnostjo), ustvarijo tako imenovani problem "majhnega oddelka";
- metoda povečuje delovne obremenitve medicinskih sester na oddelku, ker zahteva dodatne informacije o pacientih;
- zbiranje najnovejših podatkov je lahko drago, reprezentativni podatki, podatki o dejavnosti in kakovosti nege na primer zahtevajo dve medicinski sestri, ki več dni porabita samo za opazovanje oddelka;
- konfiguracije kombinacij ravni morda ne bodo ustrezale vašemu oddelku, morda na primer ne bo v skladu z lokalno politiko, da se zaposli asistente zdravstvenega varstva tretje ali četrte ravni. Ponovna konfiguracija kombinacij ravni v skladu z lokalno politiko in istočasna prilagoditev algoritma intenzivnost-kakovost zahtevata veliko terenskega dela in veščin;
- metoda je manj primerna za napovedovanje števila osebja kot pa nekatere od metod, ki so opisane v nadaljevanju.

## **Metoda časa na nalogo/dejavnost**

Ta metoda ocenjevanja ali vrednotenja velikosti timov in kombinacij v timih zdravstvenega varstva izhaja predvsem iz prepričanja, da metode zaposlovanja z intenzivnostjo-kakovostjo na primer slabše napovedujejo zaposlovanje. Vrste in pogostnost posegov zdravstvene nege, ki jih potrebujejo pacienti, naj bi boljše napovedovale zaposlovanje kot pa odvisnost pacientov. Če medicinskim sestram ustreza sestavljanje načrtov zdravstvene nege pacientov, potem metoda časa na nalogo/dejavnost preprosto zahteva, da se minute nege doda vsakemu posegu v načrtu, s tem pa dobimo število potrebnih ur zdravstvene nege. Ta metoda bo ustrezala oddelkom, na katerih se načrte sistematično oblikuje, in oddelkom, kjer se potrebe pacientov po zdravstveni negi lahko brez težav napove; običajno na oddelkih, kjer sprejemajo paciente, ki so na čakalni listi.

V praksi se neposredne dnevne potrebe vsakega pacienta po zdravstveni negi beleži ročno ali v elektronski obliki na kontrolnem seznamu posegov zdravstvene nege, ki je bil narejen posebej za oddelek. Število posegov zdravstvene nege, ki so na voljo, se od sistema do sistema razlikuje. Ker se za vsak poseg določi čas izvedbe, se sistematično oblikuje načrt zdravstvene nege pacientov in

zahtevani čas zdravstvene nege. Vrednost, ki se doda vsakemu posegu, je na splošno količina časa, ki je potrebna za izvedbo zdravstvene nege enega pacienta v obdobju štiriindvajsetih ur. Tako kot pri metodi intenzivnost-kakovost se tudi tu doda "režijske stroške" oddelka, da poskrbimo za posredno zdravstveno nego in druge vidike časa medicinskih sester. Podobno je treba upoštevati odmori in izostanke, v idealnem primeru je metoda kompjuterizirana.

### **Prednosti**

- ustvarja rezultate, ki se jih da enostavno potrditi z drugimi metodami;
- enostavno se jo lahko kompjuterizira, tako da postane del informacijskega sistema zdravstvene nege;
- sistem se lahko sprejme v drugih okoljih zdravstvene nege, ne da bi pri tem uničili njegovo integriteto.

### **Pomanjkljivosti**

- je najdražja od opisanih metod;
- zahteva veliko časa;
- reduciranje zdravstvene nege na seznam, kot pri študiji dela, prestraši nekatere medicinske sestre.

### **Metoda regresivne analize**

Regresivne metode na splošno predvidevajo potrebno število medicinskih sester za določeno raven dejavnosti. Prediktor ali napovednik se imenuje *neodvisna spremenljivka*, rezultat ali raven osebja pa se imenuje *odvisna spremenljivka*. Statistična analiza je sicer zahtevna, ko pa je končana, moramo vedeti samo vrednost neodvisne spremenljivke, da določimo število osebja (odvisna spremenljivka). Ena od študij je na primer razvila model zaposlovanja medicinskih sester iz analize oddelkov in zasedenosti postelj. Regresivna analiza je pokazala, da se je število medicinskih sester (odvisna spremenljivka) povečalo s povečanjem zasedenosti postelj (neodvisna spremenljivka), kar je omogočilo ocene zaposlovanja. Druge neodvisne spremenljivke v strokovni literaturi so število obravnav pacientov v operacijski dvorani in število dnevnik kirurških posegov. Ko so osnovni podatki zbrani in analizirani, so izračuni enostavni kot pri metodi števila medicinskih sester na zasedeno posteljo.

### **Prednosti**

- koristna za situacije, kjer so predvidevanja možna, na primer število načrtovanih sprejemov pacientov;
- pomaga upravnikom, da napovedo dodatno povpraševanje in se nanj pripravijo;
- je ponavadi cenejša metoda, ker je podatke lažje zbrati in se jih lahko združuje, ko gre za podobne oddelke;
- posebej je uporabna za upravnike z omejenimi viri, ki si ne morejo privoščiti izvedbe celotne študije z metodo odvisnost-dejavnost-kakovost ali z metodo časa na nalogo/dejavnost;
- rezultate potrjujejo neodvisna dognanja;
- zaposlovalne formule so veljavne, zanesljive in tudi bolj uporabne kot podrobni in dragi metodi intenzivnost-kakovost in čas na nalogo/aktivnost;
- je enostavna za uporabo — zaposlovalna priporočila se sorazmerno enostavno testira glede točnosti tako, da se preveri, kako dobro se porabi delovni čas po udejanjanju zaposlovalnih priporočil, ki smo jih dobili od regresivnih modelov.

### **Pomanjkljivosti**

- zahteva znanje in veščine statistika, ki vam pomaga načrtovati in izvesti terensko delo, s katerim se zbere najbolj ustrezne podatke za regresivno analizo;

- prenos zaposlovalnih formul, izpeljanih iz regresivnih koeficientov, z enega okolja v drugega se ne spodbuja zaradi edinstvenih spremenljivk (na primer razporeditev oddelka). Vendar testi veljavnosti in zanesljivosti pomagajo preveriti, ali je prenos varen;
- nekatere neodvisne spremenljivke so kvalitativne, medtem ko so druge subjektivne, na primer mnenje upravnika oddelka o idealnem zaposlovanju;
- včasih je spremenljivkam treba dodeliti nominalne podatke, vendar je ta model običajno zasnovan na podatkih o intervalih ali razmerjih;
- oddelki, ki zagotavljajo podatke za regresivno analizo, naj bi delovali uspešno in učinkovito – oddelki, ki zagotavljajo podatke o organizaciji in zasedenosti postelj, spreminjajo zaposlovanje glede na povpraševanje s strani pacientov;
- vključevanje podatkov z oddelkov, ki imajo nenormalno velik absentizem ali slabo kakovost zdravstvene nege, lahko popačijo in razveljavijo rezultate;
- metoda ni zanesljiva za predvidevanje ravni zaposlovanja izven dosega regresivnega modela – če so vaši podatki prišli z oddelkov, ki nimajo več kot petindvajset postelj, lahko ekstrapolacija na oddelke z na primer tridesetimi zasedenimi posteljami privede do napake, ker ne moremo zagotovo vedeti, da linearni odnosi med neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami obstajajo, če je postelj več kot petindvajset;
- vsiljevanje regresivnih statističnih tehnik je odbijajoče za nekatere medicinske sestre zaradi odsotnosti občutka lastništva in razumevanja.

**Dodatne informacije:**

Celo poročilo dr. Hursta je na voljo na spletnem naslovu:

[http://www.nuffield.leeds.ac.uk/downloads/nursing\\_teams\\_summary\\_published.pdf](http://www.nuffield.leeds.ac.uk/downloads/nursing_teams_summary_published.pdf)

**Dodatek 7**

## Medicina dela in varnost za medicinske sestre

### Stališče Mednarodnega sveta medicinskih sester:

Mednarodni svet medicinskih sester obžaluje dejstvo, da ne obstaja ustrezna nacionalna zakonodaja v zvezi z medicino dela in varnostjo, ki bi urejala področje dela in zaposlovanja medicinskih sester; da pogosto ni na voljo ustreznih mehanizmov za udeležbo zaposlenih v spremljanju/odpravljanju poklicnih tveganj in da se ne namenja dovolj virov za zagotavljanje optimalne medicine dela, varnostnih služb in inšpekcij dela.

Mednarodni svet medicinskih sester promovira razvoj in uporabo mednarodnih politik ali inštrumentov, ki bodo ščitili pravico medicinskih sester do varnega delovnega okolja, vključno z nadaljevalnim izobraževanjem, imunizacijo in zaščitno obleko/opremo. Mednarodni svet medicinskih sester ponovno potrjuje svojo odločenost, da bo spodbujal raziskovanje na tem področju in organizacijam članicam redno posređoval pomembne informacije.

Mednarodni svet medicinskih sester odločno podpira različne konvencije Mednarodne organizacije dela, ki se nanašajo na medicino dela in varnost ter meni, da bi morale nacionalne organizacije medicinskih sester:

- Pozvati svoje vlade, naj zagotovijo, da se določi zakonodaje v zvezi z medicino dela in varnostjo držijo vse zdravstvene službe. To se lahko doseže z lobiranjem, individualno in/ali kolektivno politično akcijo.
- V svojih državah začeti z raziskovanjem in/ali podpreti raziskovanje o varnosti in ustreznosti delovnega okolja medicinskih sester kot tudi o tveganjem vedenju, državah, postopkih in dejavnostih.
- Osveščati osebje zdravstvene nege, delodajalce in javnost o poklicnih tveganjih v zdravstvu, vključno z nasiljem.

- Osveščati medicinske sestre o njihovih pravicah (delavskih pravicah) do varnega okolja in o njihovih dolžnostih, da zaščitijo svojo varnost in promovirajo varnost drugih.
- Prepričati vlade in delodajalce, da sprejmejo in izvedejo vse potrebne ukrepe za zaščito zdravja in dobrobiti medicinskih sester pred tveganji, ki spremljajo njihovo delo, vključno s cepljenjem, ko je to potrebno.
- Pozvati vlade/delodajalce, naj zagotovijo osebju zdravstvene nege brezplačen dostop do zaščitnih ukrepov (npr. obleke) in opreme;
- Spodbujati medicinske sestre, da se cepijo, ko je to pomembno za njihovo zdravje in varnost na delovnem mestu.
- Sodelovati s pristojnimi organi, da se zagotovi točnost seznama poklicnih bolezni in periodično ovrednoti njegova relevantnost za osebje zdravstvene nege.
- Podpirati zahteve medicinskih sester za nadomestila v zvezi s poklicnimi boleznimi in/ali poškodbami.
- Pridobiti in razširiti informacije o pojavih nesreč, poškodb in bolezni medicinskih sester, ki so povezane z njihovim delom.
- Sodelovati z drugimi organizacijami, ki podpirajo pravico delavcev do varnega delovnega okolja.
- Spoznati odnose med delavci in njihovimi družinami, ki so pomembni pri razvoju kulturi primerne politike medicine dela in varnosti ter načrtov zdravljenja.
- Podpirati pravico medicinskih sester, da v svoji vlogi zagovornic pacientov niso ustraževane.
- Pozivati k uveljavljanju ustreznih sistemov spremljanja na vseh ravneh, s čemer se zagotovi ustrezno udeleževanje politik.
- Razširjati informacije o pojavljanju novih tveganj na delovnem mestu.
- Razširjati informacije o primerih, ko se delodajalci ne držijo zakonodaje o medicini dela in varnosti, vključno z mehanizmi za poročanje o takšnih kršitvah.

## **Ozadje:**

Mednarodni svet medicinskih sester priznava odločilno vlogo medicine dela in varnosti pri promociji zdravja. Poleg tega se Mednarodni svet medicinskih sester zaveda rastočega strokovnega znanja, ki so ga medicinske sestre pridobile na področju medicine dela in varnosti ter ekonomičnosti storitev, ki se zagotavljajo delavcem.

Mednarodni svet medicinskih sester podpira čedalje večjo vlogo medicinske sestre, ki dela na področju medicine dela, pri zadovoljevanju potreb delavcev po primarnem zdravstvenem varstvu ter zahteva pravično plačilo ter ustrezne strukture za podporo njenega poklicnega razvoja.

Delovno okolje medicinske sestre je pogosto nevarno zaradi:

- Onesnaževanja okolja z odpadnim materialom, ki je proizvod človeške in industrijske dejavnosti.
- Tveganj (npr. kemičnih, bioloških, fizičnih, hrupa, sevanja, monotonega dela).
- Medicinske tehnologije — zaradi pomanjkljivega vzdrževanja ter nezadostnega usposabljanja za uporabo tehnologije.
- Nezadostnega dostopa do zaščitne obleke in varne opreme.
- Motenj vzorcev vsakodnevnega življenja, ki so povezane z delom v izmenah.
- Rastočih zahtev, ki izčrpavajo čustvene, socialne, psihološke in duhovne vire medicinske sestre, ki dela v kompleksnem političnih, socialnih, kulturnih, ekonomskih in kliničnih okoljih.
- Pojavov nasilja, vključno s spolnim nadlegovanjem.
- Slabe ergonomije (tehnike in oblikovanja zdravstvene opreme, materialov in ustanov).
- Nezadostne alokacije virov, npr. človeških, finančnih.
- Izoliranosti.

Zdravstvena nega pacientov ima koristi od varnega delovnega okolja za zdravstveno osebje. Mednarodni svet medicinskih sester opaža, da večina vlad ne zbira sprotnih točnih informacij o pojavih nesreč, poškodb in bolezni osebja zdravstvene nege, ki bi jim služile kot osnova za oblikovanje trdnih

politik. Pomanjkanje relevantnih podatkov vzbuja veliko skrb. V nekaterih državah zakonodaja o medicini dela in varnosti ne obstaja. V drugih pa so sredstva za spremljanje njenega spoštovanja in mehanizmi za discipliniranje delodajalcev, ki je ne spoštujejo, neučinkovita ali sploh ne obstajajo. Obstajajo pa tudi države, ki so sprejele zakone, ki izključujejo bolnišnice in druge zdravstvene ustanove.

*Konvencija 149 Mednarodne organizacije dela (ILO) v zvezi z zaposlovanjem in pogoji dela ter življenja osebja zdravstvene nege*<sup>1)</sup> poziva države članice, naj "izboljšajo obstoječe zakone in uredbe o medicini dela in varnosti s tem, da jih prilagodijo posebni naravi dela v zdravstveni negi in okolju, v katerem se izvaja". Razdelek IX zraven navedenih *Priporočil (157)*<sup>1)</sup> dodatno razvije ukrepe, ki so potrebni, da se zagotovi zdravje in varnost medicinskih sester na delovnem mestu.

## **Sprejeto leta 1987      Pregledano in posodobljeno leta 2000**

<p><b>Sorodna stališča Mednarodnega sveta medicinskih sester:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zmanjševanje zdravstvenih tveganj v zvezi z okoljem in življenjskim slogom</li><li>• Medicinske sestre in naravno okolje</li><li>• <a href="#">Tobak in zdravje</a></li></ul>	
---	--

<sup>1)</sup> International Labour Organization, Convention 149 and Recommendation 157 concerning the Employment and Conditions of Work and Life of Nursing Personnel, Geneva, ILO, 1977.

### **Dodatek 8**

## **Varnost pacientov**

### **Stališče Mednarodnega sveta medicinskih sester:**

Varnost pacientov je temeljnega pomena za kakovostno zdravstveno varstvo in zdravstveno nego. Mednarodni svet medicinskih sester meni, da izboljševanje varnosti pacientov vključuje široko paleto dejanj pri novačenju, usposabljanju in obdržanju poklicnih strokovnjakov zdravstvenega varstva, izboljšanje uspešnosti, okoljsko varnost in obvladovanje tveganj, vključno z nadzorom nad okužbami, varno uporabo zdravil, varno opremo, varno klinično prakso, varno okolje zdravstvene nege in integrirano znanstveno razskovalno znanje, ki se osredotoča na varnost pacientov in infrastrukturo, ki podpira njegov razvoj.

Medicinske sestre skrbijo za varnost pacientov v vseh vidikih zdravstvene nege. To vključuje obveščanje pacientov in drugih o tveganjih in njihovem zmanjševanju, zagovarjanje varnosti pacientov ter poročanje o nezaželenih dogodkih.

Zgodnje odkrivanje tveganja je ključnega pomena za preprečevanje poškodb pacientov in je odvisno od vzdrževanja kulture zaupanja, iskrenosti, poštenja in odprte komunikacije med pacienti in dobavitelji v sistemu zdravstvenega varstva. Mednarodni svet medicinskih sester odločno podpira sistemski pristop, zasnovan na filozofiji transparentnosti in poročanja – ne pa na obtoževanju in sramotanju posameznih izvajalcev zdravstvene nege – ter na sprejemanju ukrepov, ki vplivajo na človeške in sistemske dejavnike nezaželenih dogodkov.

Mednarodni svet medicinskih sester je zelo zaskrbljen zaradi resne grožnje varnosti pacientov in kakovosti zdravstvenega varstva, ki je posledica nezadostnega števila ustrezno usposobljenih človeških virov. Zdajšnje globalno pomanjkanje medicinskih sester predstavlja takšno grožnjo.

Mednarodni svet medicinskih sester meni, da morajo medicinske sestre in nacionalne organizacije medicinskih sester:

- Obveščati paciente in družine o potencialnih nevarnostih.
- Pravočasno poročati o nezaželenih dogodkih ustreznim organom.
- Prevezeti aktivno vlogo pri ocenjevanju varnosti in kakovosti zdravstvene nege.
- Izboljšati komunikacijo s pacienti in drugimi strokovnjaki zdravstvenega varstva.
- Lobirati za zadostne ravni zaposlovanja.
- Podpirati ukrepe, ki izboljšujejo varnost pacientov.
- Promovirati dosledne programe za nadzor nad okužbami.
- Lobirati za standardizirane politike in protokole zdravljenja, ki minimalizirajo napake.
- Povezati se s poklicnimi telesi, ki zastopajo farmacevte, zdravnike in druge, da se izboljša pakiranje in etiketiranje zdravil.
- Sodelovati z nacionalnimi sistemi za poročanje, da beležijo ter analizirajo nezaželene dogodke in se ob tem učijo.
- Razviti mehanizme, na primer prek akreditiranja, za prepoznavanje lastnosti dobaviteljev zdravstvenega varstva, ki so primer odličnosti na področju varnosti pacientov.

### **Ozadje:**

Posegi zdravstvenega varstva so sicer namenjeni v korist javnosti, vendar obstaja element tveganja, da pride do napak in nezaželenih dogodkov zaradi kompleksne kombinacije procesov, tehnologij in človeških dejavnikov, ki so povezani z zdravstvenim varstvom. Nezaželen dogodek lahko opredelimo kot škodo ali poškodbo, ki jo povzroči oskrba pacientove bolezni ali stanja s strani poklicnih strokovnjakov zdravstvenega varstva, ne pa bolezni ali stanje samo.<sup>2</sup> [1] Med splošne grožnje varnosti pacientov spadajo napake pri medikaciji, bolnišnične okužbe, izpostavljanje visokim dozam sevanja ter uporaba ponarejenih zdravil.

Čeprav človeške napake igrajo vlogo pri resnih nezaželenih dogodkih, pa slednje običajno povzročajo inherentni sistemski dejavniki, tako da bi napake lahko preprečili, če bi se lotili teh dejavnikov.

Obstaja čedalje več dognanj, da so nezadostne ravni institucionalnega zaposlovanja v vzajemni zvezi s povečanjem števila nezaželenih dogodkov, kot so padci pacientov, preležanine, napake pri medikaciji, bolnišnične okužbe in stopnje ponovnih sprejetij v bolnišnico, kar lahko pripelje do podaljšanih bivanj v bolnišnici in povečanih stopenj umrljivosti v bolnišnici.<sup>3</sup> [2] Pomanjkanje osebja in nizka uspešnost osebja zaradi nizke motivacije ali nezadostnih tehničnih veščin sta prav tako pomembni determinanti varnosti pacientov.

Nizka kakovost zdravstvenega varstva povzroča veliko število nezaželenih dogodkov z resnimi finančnimi učinki na obseg izdatkov zdravstvenega varstva.

### **Sprejeto leta 2002**

---

<sup>2</sup> Thomas EJ & Brennan BMJ (2000), Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. 18 March 2000. p.9.

<sup>3</sup> Aiken IH et al. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. JAMA (2002); 288: 1987-1993.

**Sorodna stališča Mednarodnega sveta medicinskih sester:**

- Zaščita naziva "medicinska sestra"
- Regulacija v zdravstveni negi
- Doseg prakse zdravstvene nege
- Pomočniki in pomožno osebje zdravstvene nege

**Publikacije Mednarodnega sveta medicinskih sester:**

- Varnost pacientov, Svetovna zveza zdravstvenih poklicev, List z dejstvi (2001).

**Dodatek 9**

**Primeri razmerij med številom medicinskih sester in pacientov**

**Razmerja med številom medicinskih sester in številom pacientov v Kaliforniji (ZDA)**

Intenzivna/Kritična zdravstvena nega	1:2
Neonatalna intenzivna nega	1:2
Operacijska soba	1:1
Poanestezijsko okrevanje	1:1
Porodni popadki in porod	1:2
Predporodno varstvo	1:4
Postpartalna nega para	1:4
Postpartalna nega porodnice	1:6
Pediatrična nega	1:4
Soba za nujne primere	1:4
Pacient na intenzivni negi v sobi na nujne primere	1:2
Pacient s poškodbo v sobi za nujne primere	1:1
Začetno intenzivno spremljanje pacientov po operaciji	1:4
Intenzivno spremljanje pacientov po operaciji leta 2008	1:3
Začetna telemetrija	1:5
Telemetrija leta 2008	1:4
Začetna zdravniška/kirurška oskrba	1:6
Zdravniška/kirurška oskrba leta 2005	1:5
Druga specializirana zdravstvena nega – začetna	1:5
Druga specialistična zdravstvena nega leta 2008	1:4
Psihiatrična zdravstvena nega	1:6

Vir: California Nurses Association. (n.d). *Ratio basics*. Stran obiskana 2. novembra, 2005, <http://www.calnurse.org/files.calnurse.org/assets/finratrn7103.pdf>

## Viktorija, razmerja med številom medicinskih sester in številom pacientov v Avstraliji

Vrsta oddelka	Kategorija bolnišnice	Dopoldanska izmena	Popoldanska izmena
Splošni kirurški oddelek	Raven 1	1:4 + nadrejena	1:4 + nadrejena
	Raven 3	1:5 + nadrejena	1:6 + nadrejena
Predporodna/Poporodna	Vse ravni	1:5 + nadrejena	1:6 + nadrejena
Operacijska dvorana	3 medicinske sestre na dvorano (1 neposredna asistentka kirurga, 1 strežnica in 1 anesteziistka) Število je lahko nižje ali višje glede na vnaprej določene dejavnike.		
Poanestezijska nega Oddelek/Soba za okrevanje	Vse izmene 1:1 za nezavestnega pacienta		

Vir: Canadian Federation of Nurses Union. (2005). *Enhancement of patient safety through formal nurse-patient ratios: A discussion paper*. Stran obiskana 2. novembra, 2005, <http://www.nursesunions.ca/en/Docs/2005-10-03-Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf>

### Dodatek 10

#### Primer predstavitve v Powerpointu

---

#### Z ustreznim zaposlovanjem rešujemo življenja

Mednarodni dan medicinskih sester - 12. maj 2006

---

#### Kaj je ustrezno oziroma varno zaposlovanje?

Ustrezno zaposlovanje pomeni, da je primerno število osebja z ustrezno kombinacijo ravni veščin vedno na voljo in zagotavlja zadovoljevanje potreb pacientov ter ohranjanje delovne pogoje, ki jih ne spremljajo tveganja.

---

#### Varnost pacientov

Pacienti so izpostavljeni naslednjim nezaželenim dogodkom:

- Napake pri medikaciji
- Padci
- Zapleti po posegu
- Neuspeh pri reševanju

Kanada: 185.000 bolnišničnih pacientov letno doživi nezaželene dogodke.

ZDA: 98.000 ljudi na leto umre zaradi napak pri medikaciji.

---

#### Ustrezno zaposlovanje

Varnost pacientov

- Boljši rezultati pri pacientih
- Kontinuiteta zdravstvene nege
- Skrajšano bivanje v bolnišnici
- Zmanjšani stroški

### **Varnost medicinskih sester**

- Obvladljive delovne obremenitve
  - Manj stresa
  - Večje zadovoljstvo s službo
  - Manj absentizma, fluktuacije, kronične izčrpanosti ("burnout")
- 

### **Finančni vidiki**

Glavni razlog, da bolnišnice v ZDA ne dosegajo optimalnih ravni zaposlovanja, je ta, da niso plačane glede na kakovost zdravstvene nege, ki jo nudijo.

(Spetz 2005)

Vendar med dejavnike stroškov spadajo tudi absentizem, visoka fluktuacija, večja obolevnost in umrljivost pacientov.

---

### **Dognanja**

- Pri 68.000 pacientih z akutnim miokardnim infarktom, so odkrili, da je število dnevni delovnih ur medicinskih sester na pacienta v obratnem sorazmerju z umrljivostjo (Schultz, van Servellen et al. 1998).
  - Pri pacientih z AIDS je bila dodatna medicinska sestra na pacienta na dan povezana s petdesetodstotnim zmanjšanjem umrljivosti v tridesetih dneh. (Aiken, Sloane et al. 1999)
- 

### **Dognanja**

- Vsak dodaten pacient na medicinsko sestro, ki že skrbi za štiri paciente na kirurgiji, je povezan s sedemodstotnim povečanjem verjetnosti, da pacient umre v tridesetih dneh po sprejemu, in sedemodstotnim povečanjem možnosti, da bo prišlo do neuspeha pri reševanju. (Aiken, Clarke et al. 2002)
  - Večji delež ur nege in višje število ur nege medicinskih sester na dan sta povezana z nižjimi ravnmi okužb sečnih poti, krvavitev v zgornjem gastrointestinalnem traktu, pljučnice, šoka in srčnega zastoja. (Needleman et al. 2002)
- 

### **Zdravje medicinskih sester**

- Britanska študija je odkrila, da so visoka razmerja med številom pacientov in številom medicinskih sester povezana s povečanim tveganjem čustvene izčrpanosti in nezadovoljstvom s trenutno službo. (Sheward, Hunt et al. 2005)
  - Medicinske sestre, ki stalno delajo nadure ali pri delu nimajo zadostne podpore, so nagnjene k večjemu absentizmu in slabšemu zdravju. (Sheward, Hunt et al. 2005)
- 

### **Kombinacija veččin**

- Možnost, da bo medicinska sestra zakonsko odgovarjala na sodišču, se poveča v kliničnem kontekstu, kjer obstajata neustrezna infrastruktura in zaposlovanje.
  - Ustrzeno zaposlovanje je za medicinske sestre eden od kritičnih elementov, ker vpliva na njihovo zmožnost zagotoviti ustrezno zdravstveno nego.
-

## **Vloga konkurence**

Bolnišnice v ZDA z zadostnim številom medicinskih sester in zdravnikov uporabljajo obseg svojega osebja, da povečajo svojo konkurenčno prednost pred drugimi bolnišnicami.

---

## **Odzivi na pomanjkanje medicinskih sester s politikami**

- Povečati je treba novo ponudbo – v obdobju pred registracijo;
  - Izboljšati obdržanje sedanjega osebja;
  - Izboljšati uporabo veščin medicinskih sester in kombiniranje z drugim osebjem;
  - Spodbuditi vračanje medicinskih sester, ki trenutno niso v poklicu;
  - Mednarodno novačenje.
- 

## **Mednarodna migracija**

- Strokovnjaki zdravstvenega varstva, ki so se izobraževali v tujini, zdaj predstavljajo 25% delovne sile zdravnikov in medicinskih sester v Avstraliji, Kanadi, Združenem kraljestvu in ZDA.
  - Novačenje medicinskih sester v tujini ne rešuje izvirnih problemov z novačenjem/obdržanjem, ki povzročajo pomanjkanje v državah, ki so cilj migracije. (Kingma 2006)
- 

## **Zakonodaja o ustreznem zaposlovanju**

Ameriška zveza medicinskih sester je predlagala zakonodajo o ustreznem zaposlovanju, ki vključuje:

- Zaščito medicinskih sester, ki poročajo o nevarnih pogojih v lastni organizaciji;
  - Zbiranje in javno posredovanje podatkov o kakovosti v zvezi z zdravstveno nego;
  - Potrebo po boljših orodjih za izračun ustrezne ravni zaposlovanja in kombinacije zaposlenih.
- 

## **Uzakonjena razmerja ustreznega zaposlovanja**

- Razmerja med številom medicinskih sester in pacientov so uzakonjena v Kaliforniji in v avstralski državi Viktoriji.
  - Razmerja določajo maksimalna števila pacientov, ki se jih lahko dodeli eni medicinski sestri v eni izmeni, ter se razlikujejo glede na intenzivnost zdravstvene nege.
- 

## **Ustrezna zaposlovalna razmerja: Prednosti**

- Izboljšanje kakovosti zdravstvene nege in rezultatov pri pacientih;
  - Izboljšanje novačenja in obdržanja medicinskih sester;
  - Izboljšanje dobrobiti medicinskih sester;
  - Povečana sposobnost zagotavljanja storitve javnosti;
  - Povečano zaupanje v sistem javnega zdravstva.
- 

## **Ustrezna zaposlovalna razmerja: Pomanjkljivosti**

- So draga in bi utegnili zahtevati subvencije;
- Razmerja ne odsevajo natančno potrebe pacientov ali kompleksnosti zdravstvene nege, ki je potrebna;
- So okorno merilo za zahteve po zaposlovanju;
- Ne pojasnjujejo sprememb v ravneh intenzivnosti zdravstvene nege pacientov, v organizaciji enote zdravstvenega varstva, v prisotnosti pomožnega osebja in izvajalcev, ki niso medicinske sestre, ali sprememb v tehnologiji;

- Lahko da se ne lotevajo problematike na delovnih mestih – niso vedno relevantna v mednarodnem merilu.
- 

### **Strokovna presoja**

Namesto zakonskega urejanja ustreznih zaposlovalnih razmerij nekateri predlagajo, da naj organizacije oblikujejo lastne definicije ustreznega zaposlovanja na osnovi:

- resnosti stanja pacientov;
  - števila razmerij; in
  - kombinacije osebja.
- 

### **Vloga nacionalnih organizacij medicinskih sester**

1. **Raziskovanje:** Nacionalne organizacije medicinskih sester lahko določijo lokalne, nacionalne in mednarodne programe za raziskovanje.
  2. **Oblikovanje politik:** Zagotovijo usmerjanje in učinkovite strategije za obvladovanje kritičnega pomanjkanja medicinskih sester.
  3. **Zagovorništvo:** Igrajo ključno vlogo pri zagovarjanju zdravih delovnih okolij in ustreznih zaposlovalnih praks.
  4. **Zastopanje:** Nacionalne organizacije medicinskih sester so odgovorne, da zastopajo in branijo svoje članice tako na sodišču kot pri regulatornem telesu.
  5. **Pogajanja:** Igrajo odločilno vlogo pri pogajanju za zadostno ponudbo medicinskih sester in delovne pogoje, v katerih se poveča število medicinskih sester, ki ostanejo v poklicu.
- 

### **Priporočila**

1. Določite obseg problema;
  2. Definirajte ustrezno zaposlovanje v kontekstu zahtev v zvezi s pacientom;
  3. Zberite vse relevantne podatke;
  4. Uporabite orodje za ocenjevanje in dodatno razčlenite problematiko;
  5. Pripravite načrt komuniciranja, ki bo vplival na sprejemanje odločitev;
- 

### **Priporočila**

6. Zagotovite podatke, s katerimi se podpre pobude za ustrezno zaposlovanje;
  7. Sodelujte pri načrtovanju človeških virov v zdravstvu;
  8. Podprite študije za ocenjevanje učinka;
  9. Lobirajte pri delodajalcih, da zagotovite zdrava delovna okolja in ustrezno zaposlovanje;
  10. Izobražujte javnost o pomenu storitev zdravstvene nege;
  11. Sodelujte pri lokalnih pobudah, ki promovirajo zdrava delovna okolja za medicinske sestre.
- 

### **Zaključek**

Ustrezno zaposlovanje koristi vsem:

- Pacientom/Javnosti – zagotavlja varno zdravstveno nego;
- Delodajalcem – manj tveganj in nižji stroški;
- Regulatornim telesom – manj primerov, ki bi zahtevali preiskavo;
- Medicinskim sestram – večje zadovoljstvo s poklicem in boljši poklicni razvoj.

**Ustrezno zaposlovanje je ključno za varno zdravstveno nego  
Z ustreznim zaposlovanjem rešujemo življenja**

## Viri

---

- Adkison PM (2004). Safe staffing for pediatric patients. *The Alabama Nurse*, 31(1), 26.
- Aiken LH, Clarke SP & Sloane DM (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Nursing Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J & Weber AL (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760-772.
- Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ & Lipsett PA (2000). ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Medicine*, 26, 1857-1852.
- American Federation of Teachers (1995). *Definition of "safe staffing."* Stran obiskana 8. novembra, 2005, <http://www.aft.org/topics/healthcare-staffing/definition.htm>
- American Nurses Association (1999). *Principles for nurse staffing.* Stran obiskana 8. novembra, 2005, <http://www.nursingworld.org/readroom/stffprnc.htm>
- The ANA talks about their safe staffing and safe care campaign (2001). *Alabama Nurse*, 28(1), 20.
- Artz M (2005). Setting nurse-patient ratios: ANA bill calls for development of staffing systems in hospitals. *American Nurses Association*, 105(5), 97.
- Awases M, Gbary A, Nyoni J & Chatora R (2004). *Migration of health professionals in six countries: A synthesis report.* Stran obiskana 8. julija, 2005, <http://www.afro.who.int/dsd/migration6countriesfinal.pdf>
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. (2004). The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.
- Baumann A & Blythe J (2003a). Restructuring, reconsidering, reconstructing: Implications for health human resources. *International Journal of Public Administration*, 26(14), 1561-1579.
- Baumann A & Blythe J (2003b). Nursing human resources: Human cost versus human capital in the restructured health care system. *Health Perspectives*, 3(1), 27-34.
- Baumann A, Deber RB, Silverman BE & Mallette CM (1998). Who cares, who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1040-1445.
- Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S et al. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system.* Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
- Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43-50.
- Blegen MA & Vaughn T (1998). A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics*, 16(4), 196-203.
- Bolton LB, Jones D, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Lowe M et al. (2001). A response to California's mandated nursing ratios. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 179-184.
- Bostick JE (2004). Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 130-136.
- Buchan J, Parkin T & Sochalski J (2003). *International nurse mobility: Trends and policy implications* [Electronic version]. Geneva: World Health Organization. Stran obiskana 16. julija, 2003, [http://www.icn.ch/Int\\_Nurse\\_mobility%20final.pdf](http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf)
- California Nurses Association (n.d.). *RN staffing ratios: Can hospitals afford to provide safe staffing?* Stran obiskana 2. novembra, 2005, [http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios\\_benefit\\_hospts\\_0105.pdf](http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios_benefit_hospts_0105.pdf)

- California Nurses Association (2003). *Fact sheet on RN staffing ratio law*. Stran obiskana November 2, 2005, from <http://www.calnurse.org/?Action=Print&id=170>
- Canadian Federation of Nurses Union (2005). *Enhancement of patient safety through formal nurse-patient ratios: A discussion paper*. Stran obiskana 2. novembra, 2005, <http://www.nursesunions.ca/en/Docs/2005-10-03-Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf>
- Canadian Nurses Association (2003). *Patient safety: Developing the right staff mix. Report of think tank*. Stran obiskana 4. novembra, 2005, [http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafety\\_ThinkTank\\_e.pdf](http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafety_ThinkTank_e.pdf)
- Canadian Nurses Association (2005). Nursing staff mix: A key link to patient safety. *Nursing Now*, 19, 1-6.
- Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH & Smith DG (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.
- Dimick JB, Swoboda SM, Pronovost PJ & Lipsett PA (2001). Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*, 10(6), 376-382.
- Donnellan C (2003). Safe staffing bill introduced in the Senate. *American Nurses Association*, 103(7), 29.
- Hurst K (2002). *Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams*.
- International Council of Nurses (n.d.). *Nurse: Patient ratios*. Stran obiskana 16. decembra, 2005, [http://www.icn.ch/matters\\_rnpratio.htm](http://www.icn.ch/matters_rnpratio.htm)
- International Council of Nurses (2000). *Position statement: Occupational health and safety for nurses*. Stran obiskana 9. decembra, 2005, <http://www.icn.ch/pshealthsafety00.htm>
- International Council of Nurses (2004). *Workload measurement in determining staffing levels*. Geneva, Switzerland: Avtor.
- Kingma M (2006). *Nurses on the move: Migration and the global health care economy*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Kohn LT, Corrigan J M & Donaldson MS (Eds.) (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy: Washington, DC.
- Kovner C (2001). The impact of staffing and the organization of work on patient outcomes and health care workers in health care organizations. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(9), 458-468.
- Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS & Kravitz RL (2004). A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 326-337.
- Lankshear AJ, Sheldon TA & Maynard A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: A systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, 28(2), 163-174.
- Lash AA & Munroe DJ (2005). Magnet designation: A communiqué to the profession and the public about nursing. *Medsurg Nursing*, (Suppl.), 7-13.
- McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 9-37). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- North Carolina Nurses Association Commission of Standards and Professional Practice (2005). Position paper on safe staffing. *Tar Heel Nurse*, 67(1), 20.
- Oxford English Dictionary (1989). Stran obiskana November 10, 2005, from [http://dictionary.oed.com/cgi/entry/50132600?query\\_type=word&queryword=liability&first=1&max\\_to\\_show=10&sort\\_type=alpha&result\\_place=2&search\\_id=z4bw-1atHGH-10768&hilit=50132600](http://dictionary.oed.com/cgi/entry/50132600?query_type=word&queryword=liability&first=1&max_to_show=10&sort_type=alpha&result_place=2&search_id=z4bw-1atHGH-10768&hilit=50132600)

- Pan American Health Organization (2004). *Nursing and midwifery services contributing to equity, access, coverage, quality and sustainability in the health services: Mid term plan 2002-2005*. Stran obiskana December 15, 2005, from <http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/nur-svcs-eng.pdf>
- Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Rothberg MB, Abraham I, Lindenauer PK & Rose DN (2005). Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Medical Care*, 43(8), 785-791.
- Safe staffing initiatives get another boost in Congress (2004). *The American Nurse*, 36(1), 1, 3.
- Sasichay-Akkadechanunt T, Scalzi CC & Jawad AF (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 478-485.
- Schultz MA, van Servellen G, Chang BL, McNeese-Smith D & Waxenberg E (1998). The relationship of hospital structural and financial characteristics to mortality and length of stay in acute myocardial infarction patients. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2(3), 130-136.
- Sheward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M & Ball J (2005). The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*, 13, 51-60.
- Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
- Spetz J (2005). Public policy and nurse staffing: What approach is best? *Journal of Nursing Administration*, 35(1), 14-16.
- Tourangeau AE, Giovannetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursing-related determinants of 30-mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Upvall MJ & Gonsalves A (2002). Behind the mud walls: The role and practice of lady health visitors in Pakistan. *Health Care for Women International*, 23(5), 432-441.
- Valentine V (2005, November). Health for the masses: China's 'barefoot doctors.' *National Public Radio*. Stran obiskana November 10, 2005, from <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4990242>
- Winslow R (2005, November 5). The price of a broken heart. *The Wall Street Journal*, p. A1.
- World Health Organization (2002). *Nursing midwifery services: Strategic directions 2002-2008*. Stran obiskana December 15, 2005, from [http://w3.whosea.org/LinkFiles/Resources\\_Anglais.pdf](http://w3.whosea.org/LinkFiles/Resources_Anglais.pdf)