



Izvješće o RN4CAST istraživanju u Irskoj 2009.-2010.

Medicinsko osoblje u stresnom radnom okruženju

prof. P Anne Scott

dr. Marcia Kirwan

dr. Anne Matthews

mr. Danijela Lehwaldt

dr. Roisin Morris

prof. Anthony Staines



© 2010 RN4CAST Project. All rights reserved.



Izvješće o RN4CAST istraživanju u Irskoj 2009.-2010.

Medicinsko osoblje u stresnom radnom okruženju



Sadržaj

Predgovor	
Sažetak izvješća	6
Glavni zaključci	7
Preporuke	9
Uvod i pregled istraživanja	17
Pregled projekta RN4CAST	20
Etička načela i postupci	23
Rezultati organizacijske ankete	25
Priključivanje podataka	25
Opis bolnica koje su obuhvaćene istraživanjem	25
Ugovoreni broj radnih sati tjedno	29
Broj zaposlenih	29
Fluktuacija zaposlenika	31
Obrazovanje medicinskog osoblja i stručna sprema stečena izvan EU	31
Bolovanje / odsutnost s posla	32
Organiziranje i upravljanje bolničkim poslovima	32
Ocjena medicinskog osoblja	33
Proračun bolnica za potrebe stručnog usavršavanja i osposobljavanja med.os...	33
Sigurnost pacijenta	33
Upitnik o radu i stavovima medicinskih sestara	37
Upitnik	37
Indeksiranje valjanosti sadržaja	38
Postupak	38
Rezultati anketiranja medicinskih sestara	39
Stopa odgovora	39
Demografska slika medicinskih sestara ispitanika	40
Vrsta radnog odnosa i godine radnog iskustva	40
Poticajno radno okruženje medicinskih sestara	42
Radno opterećenje medicinskih sestara	43
Omjer broja pacijenata i medicinskih sestara	43
Količina obavljenih poslova koji nisu vezani za njegu pacijenata	44
Količina poslova medicinske njegе koji su ostali neobavljeni	47

Radno okruženje medicinskih sestara	48
Kadrovska politika i adekvatnost resursa	49
Kolegijalni odnosi između medicinskih sestara i liječnika	50
Menadžerske sposobnosti medicinskih sestara, vodstvo i potpora med. sestara..	51
Temelji kvalitete medicinske njage	52
Sudjelovanje medicinskih sestara u poslovnom odlučivanju	52
Ukupni rezultat za radno okruženje medicinskih sestara	53
Ishodi rada medicinskih sestara	54
Izgaranje na poslu	54
Emocionalna iscrpljenost	54
Zadovoljstvo poslom medicinskih sestara	56
Namjera napuštanja radnog mjesta	58
Davanje preporuke za bolnicu	59
Odgovori ispitanika o sigurnosti i kvaliteti	61
Kvaliteta njage na odjelima	61
Pouzdanost da će uprava bolnice poduzeti radnje za rješavanje problema	63
Percepcija medicinskih sestara o sigurnosti pacijenata na odjelu	65
Kultura sigurnosti pacijenta	65
Nastupanje neželjenog događaja	67
Rasprava i rezultati istraživanja	71
Glavni zaključci	79
Preporuke	82
Popis literature (reference)	90
Dodatak A: Istraživanje zadovoljstva pacijenta	97
Zaključci o istraživanju zadovoljstva pacijenta	114
Dodatak B: Upitnik za medicinske sestre	115
Dodatak C: Upitnik o organizacijskom profilu	124
Dodatak D: Upitnik o zadovoljstvu pacijenata	133

PREDGOVOR

Istraživanje konzorcija RN4CAST, koje je financirala Europska komisija, pruža jedinstvenu priliku za stjecanje uvida u pitanja koja se tiču organizacije i osiguravanja potrebnog medicinskog osoblja u sektoru akutne medicinske skrbi u Irskoj. U sklopu istraživanja RN4CAST (u Irskoj), po prvi puta je provedena anketa koja je obuhvatila bolnice i odjele opće medicine i kirurgije u trideset od ukupno trideset i jedne akutne bolnice (s više od stotinu bolničkih kreveta). Podaci su prikupljeni u razdoblju od 2009. do 2010. godine.

Istraživanje ovog međunarodnog konzorcija također je omogućilo usporedbu rezultata istraživanja u Irskoj s ključnim rezultatima iz drugih zemalja. Na primjer, pokazalo se da je moguće usporediti omjer broja pacijenata i medicinskih sestara te omjer broja pacijenata i zdravstvenih radnika u 12 zemalja partnera u konzorciju. Isto je moguće, na primjer, s razinama izgaranja na poslu i zadovoljstva radom medicinskih sestara, te njihovim percepcijama o sigurnosti i kvaliteti medicinske skrbi.

Istraživanje RN4CAST (u Irskoj) pruža uvid u sektor akutne medicinske skrbi i njegovo funkciranje u uvjetima dinamičnih promjena i izazova koje pokreću unutarnji i vanjski čimbenici. Postoje znatni dokazi o tome da je medicinsko osoblje koje radi u ovom sektoru pod velikim pritiskom. Medicinske sestre izražavaju zabrinutost u pogledu određenih aspekata kvalitete i sigurnosti skrbi o pacijentima, te raspoloživosti medicinskog osoblja i drugih resursa potrebnih za adekvatno obavljanje njihovog posla.

Ukoliko se ovo i niz drugih pitanja koja se postavljaju u ovom izvješću uspješno ne riješe, smatramo da će to nepovoljno utjecati na skrb o pacijentima i njihovu sigurnost, te zadržavanje i zapošljavanje kvalitetnog medicinskog osoblja u zdravstvenom sektoru.

Prof. P. Anne Scott
Glavni istraživač, istraživanje RN4CAST u Irskoj
travanj 2013.

SAŽETAK IZVJEŠĆA

Zdravstveni sustavi diljem svijeta suočavaju se s izazovom kako zadovoljiti zdravstvene potrebe populacije pružanjem sigurne i kvalitetne medicinske skrbi. Ljudi žive duže i boljeg su zdravlja. No, budući da je životni vijek dulji, za očekivati je da će rasti broj starijih osoba s kroničnim bolestima kojima je potrebna dugotrajna skrb. Štoviše, kako stanovništvo stari, stari i radno stanovništvo. Ovi čimbenici će u narednim desetljećima dovesti do mnogih problema vezano za pitanja planiranja radnih mesta i broja zdravstvenih radnika.

Nizom međunarodnih istraživanja, koje je provela prof. Linda Aiken (sa Sveučilišta u Pennsylvaniji) sa svojim timom, dokazani su negativni učinci neoptimalnog raspoređivanja medicinskih sestra u bolnicama (broj i stručna spremna) na medicinske sestre (npr. izgaranje na poslu, zadovoljstvo poslom, namjera napuštanja radnog mjesta) i pacijente (npr. smrtnost, nemogućnost spašavanja života) (Međunarodno istraživanje o ishodima bolničkog liječenja, *International Hospital Outcomes Study*, Aiken et al, 2001., 2002. i 2003.).

Konzorcij RN4CAST, u čijem sastavu je bilo 12 europskih zemalja (Belgija, Engleska, Finska, Njemačka, Grčka, Irska, Nizozemska, Norveška, Poljska, Španjolska, Švedska i Švicarska), bio je financiran u okviru Sedmog okvirnog programa (FP7) Europske komisije s ciljem provedbe trogodišnjeg projekta RN4CAST (1. siječnja 2009. - 31. prosinca 2011.). Projekt je koordinirao prof. Walter Sermeus s Katoličkog sveučilišta u Leuvenu, u Belgiji, zajedno s prof. Lindom Aiken sa Sveučilišta u Pennsylvaniji, u ulozi zamjenice koordinatora. Irski član konzorcija bio je tim na čelu s prof. Anne Scott sa sveučilišta Dublin City University.

Cilj RN4CAST istraživanja bio je uvesti inovativan pristup predviđanju potreba za zdravstvenim radnicima unaprjeđivanjem standardnih metoda predviđanja na način da se uzme u obzir kvaliteta kako medicinskih sestara tako i skrbi o pacijentima. Ovo je podrazumijevalo proširivanje uobičajenih modela predviđanja čimbenicima koji uzimaju u obzir kako, na primjer, karakteristike radnog okruženja i stručna spremna medicinskih sestara utječu na promatrane ishode kod medicinskih sestara i pacijenata. Stoga je projekt podijeljen u nekoliko međusobno povezanih faza, uključujući istraživanje o organizacijskoj strukturi u najmanje 30 akutnih bolnica u svakoj od zemalja sudionica i anketu za medicinske sestre koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije tih istih akutnih bolnica.

U istraživanju u Irskoj sudjelovalo je 30 akutnih bolnica od postojećih 31 koje su udovoljavale uvjetima. Projekt RN4CAST pružio je važnu i do sada jedinstvenu priliku za stjecanje uvida u

pitanja koja se tiču organizacije i osiguravanja potrebnog medicinskog osoblja u sektoru akutne medicinske skrbi u Irskoj. U ovom izvješću naglasak je stavljen na rezultate istraživanja o organizacijskoj strukturi i rezultate anketiranja medicinskih sestara, koje je provedeno u sklopu projekta RN4CAST u Irskoj. Podaci su prikupljeni u razdoblju od 2009. do 2010. godine.

Glavni zaključci

- U akutnim bolnicama u Irskoj nema dovoljno informacija o profilu medicinskih sestara. Nedostatak tih informacija mogao bi nepovoljno utjecati na utvrđivanje najučinkovitijeg načina raspoređivanja medicinskih sestara u bolnicama i odgovarajućih kombinacija vještina medicinskog osoblja na razini odjela / jedinica. Vjerojatno je da će nedostatak tih informacija u konačnici utjecati i na promatrane ishode liječenja kod pacijenata i medicinskih sestara.
- Nedostatak informacija također bi mogao ukazivati na nepostojanje svijesti upravitelja bolnica, što uključuje i medicinske sestre rukovoditeljice, o potencijalnom utjecaju različitih razina obrazovanja medicinskih sestara te njihovih vještina i iskustava na skrb o pacijentima i promatrane ishode kod pacijenata, što, opet potencijalno, može utjecati na promatrane ishoda kod pacijenata i medicinskih sestara.
- Čini se da se broj zaposlenog medicinskog osoblja na odjelima akutnih bolnica uglavnom temelji na povjesno utvrđenim razinama. Sedamdeset posto anketiranih bolnica navelo je da broj medicinskog osoblja na odjelima ne odgovara težini bolesti pacijenata i njihovim potrebama za medicinskom njegom. Ova činjenica u kombinaciji sa sve kraćim boravkom pacijenata i trenutnom privremenom obustavom zapošljavanja osoblja, vjerojatno će znatno utjecati na medicinske sestre na odjelima.
- Mnoge medicinske sestre koje rade na odjelima akutne medicinske skrbi i kirurgije u akutnom bolničkom sektoru u Irskoj zabrinute su u pogledu sposobnosti pacijenata da se samostalno skrbe o sebi nakon otpusta iz bolnice.
- Mnoge medicinske sestre koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije u akutnom bolničkom sektoru u Irskoj nisu uvjerene u spremnost upravitelja bolnica na rješavanje problema vezano za skrb o pacijentima o kojima ih obavještava osoblje, kao ni u njihovu odlučnost za rješavanje pitanja sigurnosti pacijenata.
- Medicinske sestre iz više od jedne četvrtine velikih akutnih bolnica u Irskoj izjavile su da se tijekom godine koja je prethodila prikupljanju podataka, tj. 2008.-2009., pogoršala kvaliteta skrbi o pacijentima. Od 2010. godine, veliki broj medicinskih sestara koje su u izravnom kontaktu s pacijentima otišao je u prijevremenu mirovinu. Sagledaju li se posljedice ove činjenice zajedno s dalnjom obustavom zapošljavanja osoblja koje bi popunilo radna mjesta onih koji su napustili zdravstvenu ustanovu (i

drugim mjerama štednje koje su uvedene u protekle tri do četiri godine), opravdana je sumnja da se stanje dodatno pogoršalo.

- Većina medicinskih sestara koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije u sektoru akutne medicinske skrbi u Irskoj iskazala je da je razina izgaranja na poslu umjerena do visoka, a razina zadovoljstva poslom niska. Pitanja koja se tiču izgaranja na poslu i zadovoljstva poslom često su povezana s karakteristikama radnog okruženja medicinskih sestara. Određeni aspekti radnog okruženja u sektoru akutne medicinske skrbi, kao npr. potpora izravno nadređenih rukovoditelja, općenito su pozitivno ocijenjeni. Međutim, drugi elementi, poput odgovarajućeg raspoređivanja osoblja i resursa, te sudjelovanja medicinskih sestara u poslovnom odlučivanju bolnice, negativno su ocijenjeni, a u pojedinim slučajevima i vrlo negativno. Prosječne ocjene bolnica prikrivaju značajne razlike u odgovorima na ova pitanja. Niz novijih međunarodnih istraživanja ukazuje na to da povoljno radno okruženje može ublažiti učinke neoptimalnog omjera broja pacijenata i medicinskih sestra na promatrane ishode kod pacijenata i medicinskih sestara. Čini se, stoga, da je poboljšanje uvjeta radnog okruženja medicinskih sestara važno i za unaprjeđenje kvalitete zdravstvene skrbi i plana o sigurnosti pacijenata u Irskoj, kao i za smanjenje učestalosti izgaranja na poslu i povećanje zadovoljstva poslom medicinskih sestara.
- Stope popunjenoštvo bolničkih kreveta u više akutnih bolnica izgledaju iznimno visoke. Međunarodne smjernice govore da postoji vjerojatnost da će ukoliko je popunjenoštvo bolničkih kreveta iznad 85 % to utjecati na kvalitetu zdravstvene skrbi i funkciranje bolnice. U trinaest, od ukupno devetnaest bolnica za koje imamo podatke, prosječna popunjenoštvo bolničkih kreveta bila je veća od 85 %. U devet od njih, popunjenoštvo je bila veća od 95 %. U jednoj bolnici navedeno je da je prosječna popunjenoštvo bila 100 %, a u drugoj čak 120 %.
- Trenutno u akutnim bolnicama ne postoje standardizirani institucionalni pristupi ispunjavanju zahtjeva o sigurnosti pacijenata, te ih bolnička uprava, u određenoj mjeri, može samostalno interpretirati. Rukovoditelji su svjesni potrebe uspostavljanja odgovarajućih radnih mjesta za poslove sigurnosti, kontrole kvalitete i stručnog usavršavanja. Međutim, način na koji se takve inicijative provode ovisi o timu rukovoditelja određene bolnice, odnosno ravnatelju bolnice (ili osobi koja ima iste odgovornosti) i Upravnom odboru (u sektoru dobrovoljnog osiguranja), potvrđuju iz Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu (*Health Information and Quality Authority, H/QA, 2012a*) (u dalnjem tekstu: UKKZ). Međutim, ta Uprava je nedavno (2012a, 2012b) izdala jasne upute o odgovarajućoj upravljačkoj strukturi i pristupu koji su potrebni kako bi se osigurala kvalitetna skrb o pacijentima. Obveza je

zdravstvenog sektora osigurati da se taj pristup primjeni u sektoru akutne medicinske skrbi u Irskoj.

- Iz rezultata istraživanja stavova medicinskih sestara vidljivo je da postoji jaz između pristupa pitanjima sigurnosti pacijenata koji bolnice deklariraju i stvarnosti o kojoj govorи medicinsko osoblje. Od prikupljanja podataka, a posebice kao rezultat objavlјivanja izvješćа s rezultatima istraživanja kvalitete, sigurnosti i upravljanja u bolnici Tallaght, plan o sigurnosti pacijenata se izrađivao velikom brzinom. Međutim, kako bi se provjerili stvarni utjecaji tih pomaka (kao što je to bio slučaj s nacionalnim standardima za sigurniju i bolju skrb Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, UKKZ, 2012b), pravo je vrijeme za provjeru percepcija i iskustava medicinskog osoblja koje je u izravnom kontaktu s pacijentima.

Preporuke

Radi bolje preglednosti, preporuke smo grupirali u pet glavnih cjelina:

- Pristup relevantnim podacima o medicinskom osoblju: pitanje važno za kvalitetu i sigurnost skrbi o pacijentima,
- Planiranje i upravljanje medicinskim osobljem,
- Organizacijsko upravljanje i rukovođenje,
- Kvaliteta medicinske skrbi i sigurnost,
- Buduća istraživanja.

Pristup relevantnim podacima o profilu medicinskog osoblja: pitanje važno za kvalitetu skrbi o pacijentima i sigurnost

1. Čini se da se značajne vrste podataka o profilu osoblja (lijечnicima i medicinskim sestrma) ne prikupljaju na organizacijskoj razini u sektoru akutne medicinske skrbi, ili, ako se i prikupljaju te da viši rukovoditelji medicinske sestre nemaju pristup takvim podacima. Ovakvi izvori podataka (i sustav poslovne inteligencije) koji bi omogućiti višim rukovoditeljima pristup vitalnim informacijama i statistici o ljudskim potencijalima putem neke vrste kontrolne ploče urgentno su potrebni. Rukovoditelji odjela ili jedinica i druge skupine unutar bolnice također bi trebale imati pristup relevantnim elementima tih informacija. To bi višim rukovoditeljima bolnica omogućilo cjeleviti pristup osiguravanju potrebnog osoblja u organizaciji, jedinici i timu, za razliku od sadašnjeg koji odlikuju nedostatak povezanosti i koordinacije među odjelima i nedovoljno podataka.

2. Iznimno je važno voditi evidenciju o razini obrazovanja i radnom stažu medicinskih sestara na razini organizacije i jedinice. Međunarodnim istraživanjima utvrđena je povezanost između razine obrazovanja medicinskih sestara i kvalitete skrbi o pacijentima. Ta povezanost je potvrđena i u istraživanju RN4CAST (Aiken et al, 2012.). Iz navedenoga se može zaključiti da bi informacije o razini obrazovanja medicinskog osoblja pomogle pri planiranju ljudskih potencijala i izradi rasporeda dužnosti na razini jedinice, s ciljem poboljšanja kvalitete skrbi o pacijentima.
3. Rezultati istraživanja ukazuju da je potrebno skrenuti pozornost na relativno neiskustvo (u smislu godina proteklih od stjecanja stručne kvalifikacije) velikog broja medicinskih sestara zaposlenih na odjelima opće medicine i kirurgije u akutnom bolničkom sektoru. Ovo će vjerojatno predstavljati poseban problem u velikim tercijarnim bolničkim centrima i sveučilišnim bolnicama, u kojima je težina bolesti i potreba za zdravstvenom njegom znatna, a boravak pacijenata u bolnici sve kraći. S aspekta sigurnosti pacijenata i aspekta radnog okruženja, potrebno je posvetiti posebnu pažnju profilu osoblja u jedinicama / odjelima kako bi se osigurala odgovarajuća kombinacija vještina, razina iskustva i stručnosti. Odgovarajućim oblicima mentorstva / kliničke supervizije medicinskih sestara koje su nedavno stekle stručnu kvalifikaciju također treba posvetiti dužnu pažnju.
4. Podaci o medicinskom osoblju i njihovom profilu (uključujući i zemlju u kojoj je stečena odgovarajuća stručna kvalifikacija) trebali bi se voditi u integriranoj bazi podataka, koja bi bila dostupna putem odgovarajućeg poslovnog obavještajnog sustava. Planiranje medicinskog osoblja potrebno je objediniti na nacionalnoj i organizacijskoj razini, kako bi se osiguralo učinkovito korištenje osoblja, njihovog iskustva, znanja i kombinacije vještina.
5. Na razini organizacije potrebno je voditi evidenciju o stopama fluktuacije osoblja, a posebno medicinskih sestara, koje će se preispitati na organizacijskoj, regionalnoj i nacionalnoj razini s ciljem praćenja stavova osoblja i broja osoba koje napuštaju radna mjesta, jer to u konačnici može utjecati na skrb o pacijentima i promatrane ishode kod pacijenata. Primjereno praćenje stopa fluktuacije osoblja pomoći će u učinkovitijem planiranju radnih mesta i broja medicinskog osoblja na organizacijskoj razini.
6. Važnost evidentiranja stopa bolovanja/odsustva zaposlenika s posla na razini jedinice i organizacije čini se jasnom. Ove informacije mogu pružiti iznimno važan uvid u stavove osoblja u određenoj jedinici. Također mogu pomoći pri praćenju utjecaja kao što su

velika fluktuacija pacijenata i težina bolesti pacijenata s velikim potrebama za zdravstvenom njegom, ponajviše na medicinske sestre. Ove informacije mogu također pomoći u izradi odgovarajuće politike vezano za rodiljne dopuste u određenim područjima zdravstvenih usluga. Ovo je posebno važno za medicinske sestre koje rade u irskim akutnim bolnicama. Prema dostupnim podacima, prosječna dob medicinskih sestara koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije je 35 godina. S obzirom da su u Irskoj medicinske sestre uglavnom žene, mnoge od njih su u reproduktivnim godinama i unatoč dužem zakonom propisanom rodiljnom dopustu unazad posljednjih nekoliko godina, ta činjenica će vjerojatno utjecati na obrasce učestalosti bolovanja / odsustva s posla kod ove kategorije osoblja.

Planiranje i upravljanje medicinskim osobljem

7. Na temelju rezultata ovoga istraživanja može se zaključiti da se u akutnim bolnicama u Irskoj uglavnom koristi model planiranja medicinskog osoblja koji se zasniva na povijesnom principu. Potrebno je pronaći racionalniju osnovu za planiranje medicinskog osoblja (UKKZ 2012b), u okviru Teme br. 6 o medicinskom osoblju jasno se navodi što pri tome treba imati u vidu). Nedavno objavljeni rad autora Behan et al (2009.), u ime Radne skupine za stručna znanja, treba poslužiti kao osnova na kojoj treba dalje raditi na način da se sagledaju i čimbenici poput razine obrazovanja osoblja, vještina, težine bolesti pacijenata i potreba za zdravstvenom njegom i sl., s ciljem da se izradi dovoljno kompleksan model i smjernice za određivanje sigurnog omjera između broja medicinskih sestara i pacijenata (vidi također preporuke 15 i 18 u dalnjem tekstu). Potrebno je pratiti sve veći broj pokazatelja koji ukazuju na međuvisnost poslovnog okruženja i promatranih ishoda kod medicinskih sestara i pacijenata te ih integrirati u modele planiranja i upravljanja medicinskim osobljem, gdje god je to bitno.

8. Uvođenje moderniziranih sustava upravljanja učinkovitošću i razvojem i / ili procesa planiranja osobnog razvoja u cijekupnu organizaciju omogućilo bi medicinskim sestrama rukovoditeljicama da s medicinskim osobljem u njihovoj nadležnosti razgovaraju o njihovim ciljevima za napredovanje u karijeri i potrebama za trajnim stručnim usavršavanjem. Na taj način utvrđene potrebe za usavršavanjem mogu se koristiti u izradi planova bolničkih usluga, akcijskih planova i planova za trajno stručno usavršavanje u cijeloj organizaciji. Izgleda da se sredstva i programi trajnog stručnog usavršavanja trenutno prilično neadekvatno planiraju. Razgovori sa zaposlenicima o sustavu upravljanja učinkovitošću i razvojem pomogli bi da se zaposlenicima pokaže

kako su i voditelji jedinica i ravnatelji bolnica zainteresirani za razvoj karijere medicinskog osoblja, te da im žele pružiti sustavnu podršku u onoj mjeri u kojoj to sredstva dopuštaju.

Organizacijsko upravljanje i rukovođenje

9. Potrebno je utvrditi, izmjeriti, pratiti i upravljati učincima unutarnjih i vanjskih pokretača promjena (koji utječu na osoblje, a posebno na radno okruženje), na način kojim se u prvi plan stavlja zaštita pacijenata i medicinsko osoblje koje je u izravnom kontaktu s pacijentima. Ovo je najvažnija zadaća viših rukovoditelja bolnice, osobito u trenutnim uvjetima štednje.
10. U skladu s preporukama iz nacionalnog istraživanja o jačanju položaja medicinskih sestara i primalja (Scott et al, 2003.) ponavljamo preporuku da se postoji komunikacijske strategije u organizaciji preispitaju, te da se poduzmu mjere u cilju izrade konstruktivnih strategija kojima bi se otklonila percepcija o nevidljivosti sestrinstva u organizaciji. Posebno je važno spoznati potrebu za uspostavljanjem ravnoteže između inputa koji daju liječnici, medicinske sestre i administrativno osoblje za potrebe izrade strateških planova kao i donošenja strateških i operativnih odluka. Rukovoditelji medicinskih sestara trebali bi, s obzirom na svoju ulogu i odgovornost, sjediti za stolom za kojim se donose odluke i tako, na vidljiv način, zastupati medicinske sestre u donošenju odluka. To bi trebao biti slučaj na svim razinama Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga (*Health Services Executive, HSE*) ili bilo kojeg drugog tijela koje ga bude zamijenilo u budućnosti. Nije potrebno napominjati da se medicinske sestre na rukovoditeljskim dužnostima moraju pobrinuti da su sposobne učinkovito izvršavati te dužnosti, čime se osigurava odgovarajući utjecaj i doprinos upravljanju akutnim bolnicama u Irskoj, posebice u smislu kvalitete skrbi o pacijentima i sigurnosti pacijenata.
11. Percepcija medicinskog osoblja o poticajnoj atmosferi radnog okruženja je važna jer su zdravstveni radnici koji su razvili svoj puni potencijal i predani radu prepostavka za pružanje visokokvalitetne, humane zdravstvene njegе fokusirane na pacijente. U nacionalnom istraživanju o jačanju položaja medicinskih sestara i primalja (Scott et al., 2003.), medicinske sestre i primalje jasno su izrazile da jačanje njihova položaja uključuje i osobne i institucionalne čimbenike. Preporuke sadržane u tom nacionalnom istraživanju tiču se organizacijskog razvoja, razvoja upravljanja, osiguravanja stručnog usavršavanja i razvoja prakse. Iako su u proteklom desetljeću mnoge od tih preporuka provedene, neke od njih, osobito u području organizacijskog razvoja, još uvijek nisu.

Povrh toga, već započeta provedba nekih od preporuka koje se tiču npr. razvoja upravljanja, osiguravanja trajnog usavršavanja i razvoja prakse, ozbiljno je ugrožena u postojećim uvjetima štednje. Preporučuje se da se preispita u kojoj fazi je provedba preporuka iz spomenutog istraživanja (Scott et al., 2003.), te da se ažurira i provede akcijski plan.

12. Sve je više pokazatelja koji navode na zaključak da radno okruženje medicinskih sestara utječe na promatrane ishode i kod pacijenata i kod medicinskih sestara. Rezultati ovoga istraživanja upućuju na to da među bolnicama i unutar bolnica postoje zamjetne razlike u radnim okruženjima medicinskih sestara koje su obuhvaćene istraživanjem. Glavna područja na kojima je potrebno djelovati na razini bolnica ili odjela su povećanje podrške od strane uprave i rukovoditelja i uključivanje medicinskih sestara u odlučivanje i upravljanje. Preporučuje se da rukovoditelji medicinskih sestara razmotre uključivanje medicinskih sestara koje su u izravnom kontaktu s pacijentima u upravljanje bolnicom, unutar relevantnih odbora, kako bi se poboljšala povezanost osoblja unutar cijele organizacije.
13. Postoji potreba za trajnim praćenjem zadovoljstva medicinskih sestara njihovim poslom i sestrinstvom kao pozivom. Navedeno je potrebno kako bi se osiguralo da sestrinstvo ostane poželjno zanimanje u Irskoj, pogotovo zato što su prilike koje se pružaju diplomantima i dalje ograničene, a uvjeti u javnom sektoru se stalno preispituju.
14. Sve veći broja pacijenata u odnosu na broj medicinskih sestara, učestalost izgaranja na poslu, kvaliteta skrbi i sigurnost pacijenata samo su neka od pitanja za koja Lu et al. (2005., 2012.) ukazuju da su povezana, ne samo u Irskoj nego i šire, sa smanjenim zadovoljstvom poslom i sve većom namjerom napuštanja radnog mesta. U kontekstu akutnih bolnica u Irskoj, na navedene faktore nadovezuje se sve češće i skraćeni boravak pacijenata u bolnici, sve veći zahtjevi vezano za bolničku njegu i sve lošije plaće i uvjeti rada. Unatoč, ili možda upravo zbog trenutne klime štednje i sve većeg nedostatka kvalificiranog medicinskog osoblja u cijelome svijetu, rukovoditelji i čelnici u sektoru zdravstvenih usluga morat će se potruditi žele li zadržati iznimno sposobno medicinsko osoblje. Navedeno se može postići poboljšanjem aspekata radnog okruženja koji nužno ne zahtijevaju velike investicije, kao npr. uključivanja osoblja i pozitivnog priznavanja i davanja povratnih informacija.

Kvaliteta i sigurnost medicinske skrbi

15. Tijekom ovog istraživanja uočene su značajne razlike među bolnicama u omjeru broja medicinskih sestara i pacijenata te broja osoblja i pacijenata. Neke od tih razlika su vjerojatno opravdane s obzirom na razlike među pacijentima unutar jedne ili između više akutnih bolnica u Irskoj. Međutim, zbog utvrđenih razlika i činjenice da se model planiranja medicinskog osoblja uglavnom zasniva na povijesnom principu u cjelokupnom sektoru akutne medicinske skrbi, ovo pitanje je potrebno dodatno razmotriti. S obzirom na činjenice utvrđene međunarodnim istraživanjima (uključujući i ovo istraživanje) koje potvrđuju usku povezanost između omjera broja medicinskih sestara i pacijenata i sigurnosti pacijenta, čini se da su sazreli uvjeti da se u suradnji s Upravom za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu pažljivo razmotri izrada uputa za siguran do optimalan omjer broja medicinskih sestara i pacijenata, uzimajući u obzir različite potrebe za zdravstvenom njegom različitih skupina pacijenata u akutnom bolnicama u Irskoj. Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga bi, možda i u suradnji s Upravom za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, trebalo razmotriti mogućnost uvođenja standarda kojim bi se prepoznali elementi poput pozitivnog utjecaja razine obrazovanja medicinskog osoblja i pozitivnog radnog okruženja. Na temelju tog standarda, mogle bi se izraditi smjernice za utvrđivanje broja i kvalifikacija zaposlenika.
16. Medicinske sestre u tri četvrtine bolnica koje su obuhvaćene istraživanjem izrazile su sumnju u to da bi rukovoditelji u njihovim bolnicama reagirali na probleme vezane uz skrb o pacijentima koje bi one utvrdile i prijavile. To je iznimno zabrinjavajuća činjenica kojoj bi uprave bolnica hitno trebale posvetiti pažnju, kao što je navedeno u izvješću Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu (2012a). Potrebno je uvesti sustave koji osiguravaju (a) da se medicinsko osoblje potiče da bolničkoj upravi izrazi zabrinutost u vezi skrbi o pacijentima, kada je to potrebno; (b) da će uprava, s druge strane, odgovoriti na takve slučajeve i predložiti određene korake; i (c) da će se uvesti odgovarajući nadzor upravljanja, u skladu s preporukama Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu (2012a, b). Ukoliko se to ne učini, postupa se suprotno preporukama Povjerenstva za sigurnost pacijenata (Vlada Irske, 2008.), preporukama Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, 2012a, b) i eksplicitnoj politici Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga o prijavljivanju nepravilnosti u radu (HSE, 2011.). To bi također značilo da rukovoditelji i čelnici u sektoru zdravstvenih usluga nisu naučili lekciju iz istrage u bolnici Lourdes Hospital (DoHC, 2006.).

17. Treba razviti cjelovit pristup kliničkom upravljanju na način koji će osigurati najdjelotvorniji učinak mjera za sigurnost, u okviru novih kliničkih uprava i povezanih bolnica na kojem trenutno radi Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga. U vrijeme prikupljanja podataka, takav pristup očito nije postojao kao konstanta u sustavu akutnih bolnica u Irskoj. Međutim, kao što je ranije spomenuto, Uprava za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu je izričito istaknula zahtjev da se takav pristup primjeni (2011.).

Buduća istraživanja

18. Rezultati ovoga istraživanja daju uvid u opseg i vrstu poslova vezanih za skrb o pacijentima koji prema navodima ispitanika nisu obavljeni zbog ograničenog vremena / ograničenih resursa. Ovo istraživanje također daje uvid u opseg poslova koji nisu dio skrbi o bolesnicima, a koje medicinske sestre u sektoru akutne medicinske skrbi obavljaju. Preporučujemo da se provede istraživanje kojim bi se utvrdio opseg administrativnih i ostalih poslova koji nisu dio skrbi o pacijentu, a koje medicinske sestre u većim akutnim bolnicama u Irskoj obavljaju, kao i analiza sadržaja poslova koji spadaju u opis zaduženja medicinskih sestara. Zaključci ovoga istraživanja poslužili bi kao osnova za donošenje odluka vezanih uz trenutne poslove medicinske njegе i najbolji način organizacije rada medicinskih sestara. Ono također može pomoći u iznalaženju učinkovitijeg načina obavljanja administrativnih poslova na razini odjela / jedinica.
19. Kao što se vidi iz Grafa 15. (str. 50.), medicinske sestre su uglavnom pozitivno ocijenile sposobnost, rukovođenje i podršku koju dobivaju od medicinskih sestara rukovoditelja jedinica. No, jasno je da postoji prostor za daljnja poboljšanja te da prosječne statističke vrijednosti skrivaju razlike unutar bolnica koje treba pomnije istražiti. Preporučuje se da se dosadašnji utjecaj obuke o kliničkom upravljanju dodatno procijeni. Kao nastavak rada Nacionalnog centra za rukovođenje i inovacije u sestrinstvu i primaljstvu (*National Leadership & Innovation Centre for Nursing & Midwifery, NCL/NM*), potrebno je provesti daljnju analizu potreba za trajnim stručnim usavršavanjem rukovoditelja odjela / jedinica, pomoćnika direktora i rukovoditelja medicinskih sestara različitih razina, s ciljem da se osiguraju relevantne strukture, alati i osposobljavanje kao podrška lokalnim, rukovoditeljima na srednjim i višim razinama, posebice s obzirom na vrlo nestabilno okruženje koje se neće promijeniti za najmanje još tri do pet godina.
20. U istraživanjima koja su se bavila zdravstvenim uslugama slabo je ispitana utjecaj međunarodnog radnog iskustva na praktičan rad. Međutim, iz literature o poslovanju i upravljanju zaključuje se da međunarodno radno iskustvo poboljšava sposobnosti

planiranja i rješavanja problema koje su važne u postizanju pozitivnih ishoda liječenja kod pacijenata (Robinson et al., 2003., Michel i Stratulat, 2010.). Imajući na umu (a) velik broj irskih medicinskih sestara koje su se obrazovale i / ili radile u inozemstvu kao medicinske sestre, i koje su se vratile kako bi radile u zdravstvenom sektoru u Irskoj, i (b) značajan broj medicinskih sestara iz inozemstva koje su zaposlene u irskom zdravstvenom sustavu u proteklih desetak godina, važno je takve informacije evidentirati u bazi podataka o medicinskom osoblju. Također je pravo vrijeme za istraživanje utjecaja međunarodnog iskustva u zdravstvenom sektoru na učinkovitost medicinskih sestara, njihovu sposobnost prosuđivanja i donošenja odluka.

21. Nadalje, potrebno je istražiti i utvrditi eventualnu povezanost između iskustva medicinskih sestara i organizacijskih ishoda kao npr. bolničke higijene, stopa bolničkih zaraza zlatnim stafilokokom otpornim na meticilin (MRSA) i drugih bolničkih zaraza. Postojeći podaci iz Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, Centra za nadzor zdravstvene zaštite Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga i drugi podaci koji se redovito prikupljaju pomogli bi u provedbi tog istraživanja.
22. Uprava za kvalitetu i sigurnost pacijenata Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga nedavno je provela pilot istraživanje kulture sigurnosti u irskim bolnicama, koristeći instrument Agencije za istraživanje i kvalitetu u zdravstvu (*Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ*), čiji je dio korišten u ovom istraživanju (RN4CAST). Provedba tog istraživanja u svim akutnim bolnicama pružit će osnovu razvoj kulture sigurnosti u Irskoj čiji ishodi se onda mogu mjeriti u budućim istraživanjima.

UVOD I PREGLED ISTRAŽIVANJA

Zdravstveni sustavi diljem svijeta suočavaju se s izazovom kako zadovoljiti zdravstvene potrebe populacije pružanjem sigurne i kvalitetne skrbi. Ljudi žive duže i boljeg su zdravlja. Budući da je životni vijek dulji, za očekivati je da broj starijih osoba s kroničnim bolestima kojima je potrebna dugotrajna skrb može rasti. Štoviše, kako stanovništvo stari, stari i radno stanovništvo. Zbog navedenih razloga je potrebno ustanoviti koje vrste specijalističkih vještina će biti potrebne, uzimajući u obzir da se uvođenjem novih tehnologija medicinsko liječenje mijenja; učinke sve starijeg stanovništva na obrasce bolesti; i rast broja pacijenata starije dobi s više kroničnih bolesti. Zbog svega toga, europski zdravstveni sustavi će morati ulagati u učinkovite i kvalitetne zdravstvene radnike.

Nizom međunarodnih istraživanja, koje je provela prof. Linda Aiken (sa Sveučilišta u Pennsylvaniji) sa svojim timom, dokazani su negativni učinci neoptimalnog raspoređivanja medicinskih sestra u bolnicama (u smislu broja i stručne spreme) na medicinske sestre (npr. izgaranje na poslu, zadovoljstvo poslom, namjera napuštanja radnog mesta) i pacijente (npr. smrtnost, nemogućnost spašavanja života) (Međunarodno istraživanje o ishodima bolničkog liječenja, *International Hospital Outcomes Study*, Aiken et al., 2001., 2002. i 2003.).



Konzorcij RN4CAST (Slika 1) čini 12 europskih zemalja (Belgija, Engleska, Finska, Njemačka, Grčka, Irska, Nizozemska, Norveška, Poljska, Španjolska, Švedska i Švicarska).

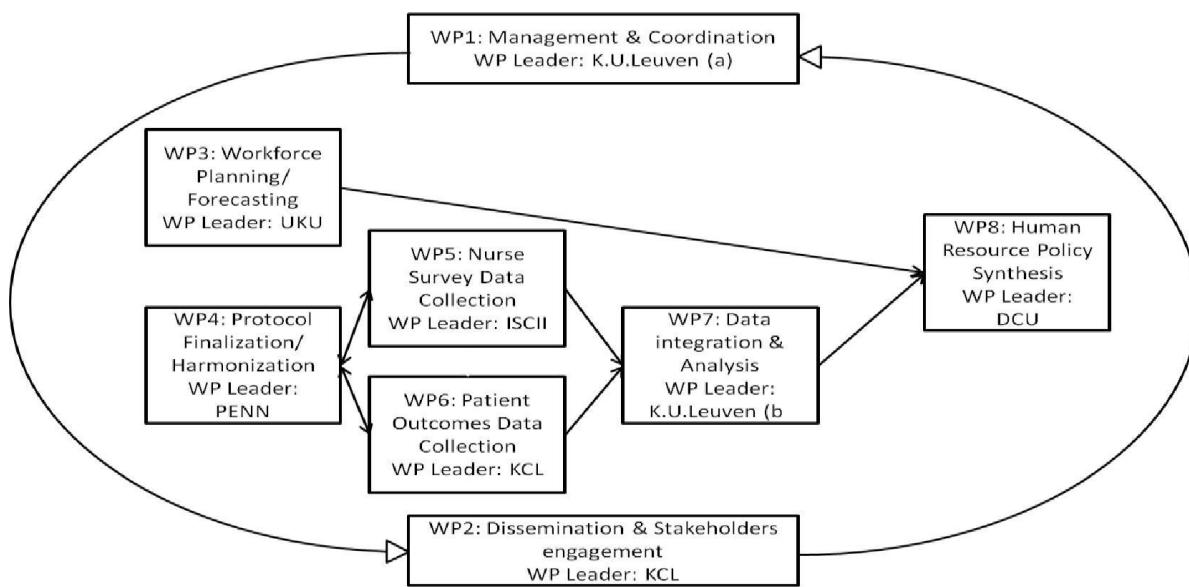
Tri zemlje partnera u međunarodnoj suradnji s Europskom komisijom (Bocvana, Kina i Južna Afrika) ovom istraživanju dale su širi kontekst.

Projekt je financiran u okviru Sedmog okvirnog programa (FP7) Europske komisije s ciljem provedbe trogodišnjeg projekta RN4CAST (1. siječnja 2009. - 31. prosinca 2011.). Projekt je koordinirao prof. Walter Sermeus s Katoličkog sveučilišta u Leuvenu, u Belgiji, zajedno s prof. Lindom Aiken sa Sveučilišta u Pennsylvaniji, u ulozi zamjenice koordinatora.

Irski član konzorcija bilo je sveučilište Dublin City University. Irski tim predvodila je prof. P. Anne Scott, glavni istraživač, a činili su ga dr. Anne Matthews, koordinator projekta, dr. Roisin Morris, znanstveni suradnik, prof. Anthony Staines, stručnjak za administrativne podatke koji se uzimaju pri otpustu pacijenata, te gđa. Daniela Lehwaldt i dr. Marcia Kirwan (znanstveni novaci, studenti doktorskog studija). Na samom početku projekta formirana je Savjetodavna skupina za irske dionike, koju su činili predstavnici ključnih organizacija u području sestrinstva i zdravstvene zaštite, te udruga pacijenata u Irskoj. Tijekom cijelokupnog trajanja projekta, ova savjetodavna skupina davala je značajne informacije i savjete o različitim pitanjima, počevši od toga kako osigurati pristup podacima, do savjeta o tome kako desiminirati rezultate projekta. **Cilj istraživanja RN4CAST** bio je uvesti inovativan pristup predviđanju potreba za zdravstvenim radnicima kojim bi se pored tradicionalnih čimbenika ponude i potražnje standardne metode predviđanja unaprijedile na način da se uzme u obzir kvaliteta kako medicinskih sestara, tako i skrbi o pacijentima. Ovo je podrazumijevalo proširivanje uobičajenih modela predviđanja čimbenicima koji uzimaju u obzir kako, na primjer, karakteristike radnog okruženja i stručna spremna medicinskih sestara utječu na promatrane ishode kod medicinskih sestara i pacijenata. Stoga je projekt podijeljen u nekoliko međusobno povezanih faza, kao što je prikazano na Slici 2 u nastavku. Tim sveučilišta Dublin City University bio je zadužen za Osmi radni paket istraživanja (*work package, WP8*): Prikaz politike razvoja ljudskih potencijala (*Human Resource Policy Synthesis*). Ovo izvješće nije obuhvatilo taj dio istraživanja, ali se sažet prikaz rezultata tog dijela istraživanja može pronaći na sljedećoj internetskoj stranici:
<http://www.dcu.ie/snhs/pdfs/RN4CAST%20-%20Workforce%20planning%20update.pdf>.

U ovom izvješću prikazani su rezultati anketiranja medicinskih sestara kao i neki rezultati organizacijske ankete koja je provedena unutar Dijela 5 istraživanja RN4CAST, kao što je navedeno u nastavku.

Slika 2. Odgovornosti unutar pojedinačnih dijelova projekta RN4CAST



WP1: Upravljanje i koordinacija

Voditelj: Katoličko sveučilište u Leuvenu, Belgija

WP2: Distribucija informacija i angažiranje dionika

Voditelj: Kraljevski koledž u Londonu, Velika Britanija

WP3: Planiranje i predviđanje broja zdravstvenih radnika

Voditelj: Sveučilište u Kuopiu, Finska

WP4: Dovršavanje i usklađivanje zapisnika

Voditelj: Sveučilište Penn u Pensylvaniji, SAD

WP5: Prikupljanje podataka iz istraživanja stavova medicinskih sestara

Voditelj: Zavod za javno zdravstvo Karla III, Ministarstvo znanosti i inovacija, Madrid, Španjolska

WP6: Prikupljanje podataka o promatranim ishodima kod pacijenata

Voditelj: Kraljevski koledž u Londonu, Velika Britanija

WP7: Objedinjavanje i analiza podataka

Voditelj: Katoličko sveučilište u Leuvenu, Belgija

WP8: Prikaz politike ljudskih potencijala

Voditelj: Sveučilište grada Dublina

Pregled projekta RN4CAST

U cijelom konzorciju prikupljanje podataka fokusirano je na odjele opće medicine i kirurgije.

Tablica 1. prikazuje broj bolnica i medicinskih sestara obuhvaćenih istraživanjem u europskim zemljama sudionicama.

Tablica 1. Broj bolnica i medicinskih sestara obuhvaćenih istraživanjem u zemljama sudionicama

Zemlja	Bolnice	Med. sestre	Broj med. sestara po bolnici, AS (standardna devijacija)
Belgija	67	3186	48 (21)
Engleska	46	2918	63 (26)
Finska	32	1131	35 (15)
Njemačka	49	1508	31 (17)
Grčka	24	367	15 (7)
Irska	30	1406	47 (14)
Nizozemska	28	2217	79 (41)
Norveška	35	3752	107 (65)
Poljska	30	2605	87 (15)
Španjolska	33	2804	85 (37)
Švedska	79	10 133	128 (108)
Švicarska		1632	47 (17)
UKUPNO		33 659	65

Izvor: Aiken et al. (2012a)

Istraživanje u Irskoj obuhvatilo je odjele opće medicine i kirurgije u 30 akutnih bolnica. Obuhvaćene su, dakle, sve akutne bolnice u Irskoj, osim jedne¹, koja je, u vrijeme odabira uzorka, imala više od 100 bolničkih kreveta. Dakle, u kontekstu Irske, istraživanje RN4CAST daje detaljan uvid u stanje nacionalnog sektora akutne medicinske skrbi u razdoblju prikupljanja podataka, tj. od 2009. do 2010.

Ovim izvješćem namjerava se pomoći upravama zaduženim za zdravstvene usluge i medicinske sestre unutar bolnica u učinkovitom planiranju medicinskog osoblja i rješavanju pitanja istaknutih u ovom izvješću vezano za promatrane ishode kod medicinskih sestara i pacijenata. Međutim, ova pitanja je potrebno sagledati i na nacionalnoj i na regionalnoj razini. Stoga se očekuje da će ovo izvješće biti korisno brojnim nacionalnim i regionalnim tijelima, kao npr. Ministarstvu zdravstva, Uredu za sestrinstvo i primaljstvo, Upravi Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga, Upravi za kvalitetu i sigurnost pacijenata, Upravi za

¹ Jedna akutna bolnica s više od 100 kreveta odbila je sudjelovati u ovom istraživanju zbog prevelikog obujma posla i nedostatka resursa tijekom razdoblja prikupljanja podataka (2009.- 2010.)

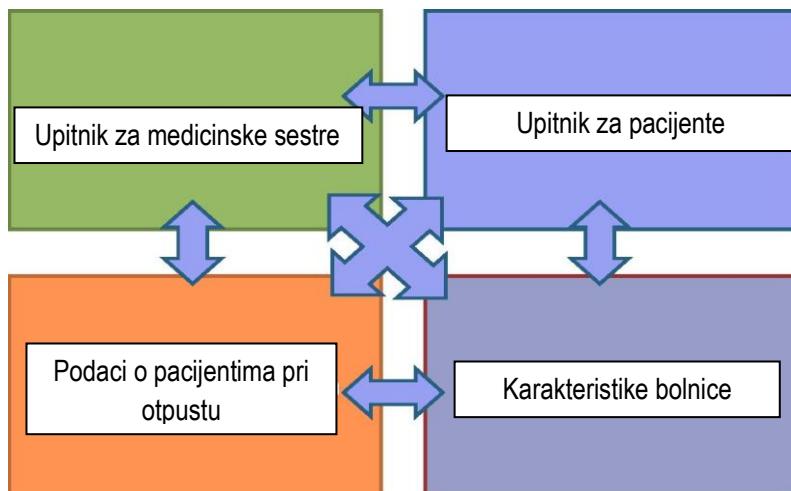
komunikacije i kvalitetu u zdravstvu i regionalnim Upravama za planiranje i razvoj sestrinstva i primaljstva.

U svim zemljama sudionicama prikupljane su četiri vrste podataka:

1. Organizacijske karakteristike bolnica (broj bolničkih kreveta, provodi li se u bolnici edukacija i znanstveno-istraživački rad i sl.). Organizacijski upitnik nalazi se u Dodatku C.
2. Podaci prikupljeni anketiranjem medicinskih sestara: Upitnik koji su popunile medicinske sestre iz 30 akutnih bolnica tiče se njihovog radnog okruženja, zadovoljstva poslom, radnog opterećenja i predodžbi o kvaliteti skrbi o pacijentima. Ovaj upitnik nalazi se u Dodatku B.
3. Podaci prikupljeni anketiranjem pacijenata: Upitnici koje su popunjivali pacijenti, a tiču se njihovih osobnih bolničkih iskustava. Upitnik o zadovoljstvu pacijenata, koji je korišten u ovom istraživanju, preuzet je iz istraživanja provedenog u SAD-u pod nazivom *Ocjena korisnika bolničkih usluga o pružateljima zdravstvenih usluga i zdravstvenim sustavima (2005.)*. Anketiranje pacijenata provedeno je u 10 od 30 bolnica koje su obuhvaćene istraživanjem. Ovaj anketni upitnik nalazi se u Dodatku D. Rezultati anketiranja pacijenata detaljno su prikazani u Dodatku A ovoga izvješća.
4. Podaci o promatranim ishodima kod pacijenata: podaci o duljini boravka, dijagnozama, postupcima, stanju pri otpustu, i tako dalje. Od svake bolnice je zatraženo dopuštenje za pristup Bazi podataka hospitaliziranim pacijentima (*Hospital In-patient Enquiry, HIPE*) kroz tzv. Zdravstveni atlas (*Health Atlas*) Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga (HSE). Do informacija o promatranim ishodima kod pacijenata došli smo koristeći podatke koji se redovito uzimaju pri otpustu pacijenata s posebnim bolestima ili koji su podvrgnuti određenim kirurškim zahvatima. Rezultati ovoga dijela istraživanja nisu prikazani u ovom izvješću.

Prikaz 3. prikazuje kombinacije podataka prikupljenih za istraživanje RN4CAST i mogućnosti njihove analize.

Prikaz 3.² Podaci prikupljeni za RN4CAST istraživanje



Izvor: www.RN4CAST.eu

Te četiri skupine podataka povezane su tijekom analize. Nakon što su skupine podataka povezane po bolnicama, svi podaci po kojima bi se moglo prepoznati o kojoj bolnici se radi su uklonjeni te su bolnicama dodijeljeni kodni brojevi.

U ovom izvješću naglasak je stavljen na rezultate organizacijske ankete i ankete za medicinske sestre u bolnicama koje su sudjelovale u istraživanju. Anketiranje pacijenata provedeno je u 10 od 30 bolnica. Detaljni rezultati anketiranja pacijenata nalaze se u Dodatku D ovoga izvješća. Sačuvana je privatnost sudionika, bolničkih jedinica i bolnica. Niti u jednom od izvješća koja su proizašla iz ovoga istraživanja nije moguće identificirati bolnice ili osobe.

² Izradio Luk Bruyneel za prezentaciju prof. W Sermeusa pod nazivom Predviđanje potreba za medicinskim osobljem u okviru istraživanja RN4CAST: Planiranje ljudskih potencijala u sestrinstvu, koja je održana tijekom Dijaloga o politici za planiranje kvalificiranih ljudskih potencijala u području sestrinstva i socijalne skrbi u Europskoj uniji u Veneciji, u Italiji, 12. svibnja 2009.

ETIČKA NAČELA I POSTUPCI

Na temelju kriterija uključivanja bolnica u europsko istraživanje, u Irskoj smo se obratili 32 bolnicama koje su u vrijeme odabira uzorka imale više od 100 bolničkih kreveta i u kojima su bili dostupni podaci koji se redovito uzimaju pri otpustu pacijenata. Etičko povjerenstvo za istraživanja (*Research Ethics Committee, REC*) sveučilišta Dublin City University izdalo je etičko odobrenje za ispitivanje u ožujku 2009. godine. Nakon toga, od sve 32 bolnice koje su udovoljavale kriterijima zatražili smo etičko odobrenje za provedbu istraživanja³. Naposljetku je u istraživanju sudjelovalo 30 bolnica.

Iako su se u većini slučajeva postupci ishođenja odobrenja uvelike razlikovali, odobrenje za istraživanje dobili smo od 31 bolnice. Neka od Etičkih povjerenstava za istraživanja prihvatile su zahtjeve u ime nekoliko bolnica. U ovim slučajevima radi se o regionalnim grupama /bolnica koje je kao takve utemeljilo Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga, ili o povezanim bolnicama. Međutim, kod nekih od tih bolnica bilo je potrebno ishoditi dodatno dopuštenje za pristup podacima što smo i uradili prije ili nakon podnošenja zahtjeva Etičkom povjerenstvu za istraživanja. Ostale bolnice imale su vlastita Etička povjerenstva za istraživanja, te su za svaku od njih pripremljeni zasebni zahtjevi. U postupcima ishođenja bilo je vrlo malo dosljednosti.

Reakcije Etičkih povjerenstava za istraživanja također su se značajno međusobno razlikovale. U nekim slučajevima odobrenje je izdao predsjednik povjerenstva jer se smatralo da u projektu nema etičkih pitanja za čije razmatranje je potrebno cijelo povjerenstvo. U nekim slučajevima je povjerenstvo nakon razmatranja zahtjeva tražilo pojašnjenja o određenim pitanjima. Brošure s informacijama za paciente izmijenjene su u skladu s preporukama. U jednom slučaju povjerenstvo je zatražilo da se zahtjev ponovo podnese, što je produljilo postupak dobivanja odobrenja na osam mjeseci. Proces ishođenja etičkih odobrenja za istraživanje trajao je više od devet mjeseci. Pojedinačni postupci ishođenja odobrenja trajali su između jednog i pol tjedna i dvadeset šest tjedana.

Nakon dobivanja etičkog odobrenja, obratili smo se rukovoditeljima medicinskih sestara kako bismo mogli pristupiti bolnicama i medicinskim sestrama. Ovaj postupak je često dugo trajao jer su ponekad bili potrebni dodatni sastanci i pojašnjenja.

³ Jedna od tih bolnica je naknadno odbila sudjelovati (zbog znatnog pada broja bolničkih kreveta), a druga je odbila odobriti pristup unutar zajedničkog zahtjeva za nekoliko bolnica.

U jednom slučaju, pristup je odbijen u ovoj fazi, čime se broj bolnica smanjio na 30. Tijekom faze pregovaranja o pristupu podacima, rukovoditelji medicinskih sestara odredili su koordinatorje istraživanja kao prvu točku kontakta s istraživačima sa sveučilišta u Dublinu. Ovih 30 osoba imalo je presudnu ulogu u istraživanju i članovi istraživačkog tima su iznimno zahvalni na njihovoj pomoći i podršci. Osobe za vezu su uglavnom bili članovi tima rukovoditelja medicinskih sestara ili Odjela za razvoj sestrinske prakse unutar bolnice.

U popratnom pismu koje su medicinske sestre dobile uz upitnik jasno je navedeno da ispunjavanjem upitnika medicinska sestra (i pacijent u slučaju upitnika o zadovoljstvu pacijenata) daje svoju suglasnosti za korištenje prikupljenih podataka. U pismu je također navedeno da medicinska sestra može odlučiti ne sudjelovati u anketi u bilo kojem trenutku, te su navedeni kontakt podaci istraživača.

REZULTATI ORGANIZACIJSKE ANKETE

Prikupljanje podataka

Podaci o organizacijskom profilu prikupljeni su u razdoblju od listopada 2009. do travnja 2010. godine. Prije samog istraživanja, a nakon dobivanja etičkog odobrenja od Etičkog povjerenstva za istraživanja i / ili Povjerenstava za istraživanja u području sestrinstva, obratili smo se rukovoditelji medicinskih sestara. Trideset od trideset jednog direktora dalo je suglasnost i potporu za provedbu istraživanja. Organizacijski upitnik ispunjavao je rukovoditelj medicinskih sestara ili koordinator za RN4CAST projekt. Za ispunjavanje nekih dijelova upitnika bilo je potrebno stupiti u kontakt s odjelom bolnice za financije ili ljudske potencijale (na primjer, za podatke o ukupnim rashodima i broju medicinskog osoblja). To je u nekim slučajevima predstavljalo problem, budući da se u vrijeme prikupljanja organizacijskih podataka održavao prosvjed zdravstvenih radnika u Irskoj. Zbog prosvjeda obavljanjem poslova na minimalnoj razini prema zahtjevima struke, određeni podaci su kasnili ili ih nije bilo moguće dobiti. U povratnim informacijama koje smo dobili nakon ispunjavanja upitnika navodi se da je bila potrebna velika količina detaljnih informacija i skreće se pažnja na poteškoće u dobivanju podataka, dijelom i zbog spomenutog prosvjeda na razini bolnica. Prilikom analize podataka kod određenih pitanja i odgovora bila su potrebna dodatna pojašnjenja. U toj fazi istraživanja, pomoć koju su pružili koordinatori u bolnici bila je neprocjenjiva za projektni tim. Organizacijski podaci dobiveni su od svih 30 akutnih bolnica za odrasle osobe koje su sudjelovale u istraživanju u Irskoj. Ovi podaci daju vrlo zanimljiv pregled javnog sektora akutne medicinske skrbi u Irskoj u razdoblju od 2009.- 2010. godine.

Opis bolnica koje su obuhvaćene istraživanjem

Sve bolnice obuhvaćene ovim istraživanjem su javne bolnice, sukladno kriteriju uključivanja kojim se traži da bolnica na raspolaganju ima bazu podataka o hospitaliziranim pacijentima. Dvanaest bolnica su sveučilišne bolnice. Osamnaest bolnica se svrstalo u regionalne referentne bolničke centre, a šest bolnica u nacionalne referentne bolničke centre. Usluge koje te bolnice pružaju uključivale su hitnu medicinsku pomoć (30), intenzivnu njegu (28), operacije na otvorenom srcu (4) i operacije transplantacije (4). Vidljive su sezonske razlike u aktivnostima, popunjenošti bolničkih kreveta i broju bolničkih kreveta na odjelima opće medicine i kirurgije. Među faktorima koji utječu na funkcioniranje bolnice navode se spajanje s drugim bolnicama, preseljenje odjela, značajno povećanje broja bolničkih kreveta i značajno smanjenje broja bolničkih kreveta. Neke bolnice otvorile su nove bolničke zgrade i objekte, dok su druge morale zatvoriti velike bolničke objekte.

Navodi se velik broj slučajeva razmještanja i izmjena u bolnicama:

- u 19 bolnica došlo je do razmještanja odjela
- u 11 bolnica značajno je smanjen broj bolničkih kreveta
- u 11 bolnica otvoreni su novi objekti
- u 11 bolnica otvorene su nove zgrade
- u 8 bolnica navodi se da je došlo do zatvaranja velikih objekata
- u 8 bolnica navodi se da je došlo do spajanja s drugim bolnicama
- u 4 bolnice navodi se da je broj bolničkih kreveta značajno porastao

U vrijeme prikupljanja podataka (rujan 2009. - svibanj 2010.), postojala je privremena zabrana zapošljavanja u irskim zdravstvenim ustanovama (na snazi od ožujka 2009.). Ovom privremenom obustavom zapošljavanja osoblja onemogućena je zamjena zaposlenika koji odlaze iz javne zdravstvene ustanove ili koriste razne vrste dopusta, kao npr. dugoročni dopust zbog bolesti, godišnji odmor i rodiljni dopust. Privremenu obustavu zapošljavanja je uvela Vlade Irske s ciljem smanjivanja troškova osoblja u zdravstvu, a kao odgovor na globalnu recesiju i tešku krizu u irskom gospodarstva koja je započela u rujnu 2008. godine. Navodi se da su mnogi od spomenutih slučajeva razmještaja rezultat privremene obustave zapošljavanja i / ili povećanja broja dnevnih pacijenata. Bez obzira koji je razlog u pitanju, navedeni podaci otkrivaju da sektor akutne medicinske skrbi u Irskoj funkcioniše u uvjetima dinamičnih promjena i izazova koje pokreću unutarnji i vanjski faktori.

U Tablici 2. prikazani su najvažniji pokazatelji za sudjelujuće bolnice.

Tablica 2. Karakteristike bolnica ***

Broj raspoloživih bolničkih kreveta*	Veličina bolnice (definirana za potrebe istraživanja RN4CAST prema broju bolničkih kreveta)	Sveučilišna bolnica	Visoko-tehnološki razvijena bolnica (operacije na srcu ili transplantacije)	Godišnji broj hospitaliziranih pacijenata	Broj registriranih med. sestara s položenim stručnim ispitom - ekvivalent punoga radnog vremena
892	Velika (>400)	da	da	22 689	1 375
702	Velika	da	Da	32 583	1 307
623	Velika	da	Da	27 000	987
620	Velika	da	Da	15 911	1 051
612	Velika	da	Da	16 228	954
605	Velika	da	Da	21 833	955
554	Velika	da		24 137	948
474	Velika	da		23 156	688
435	Velika	da		24 086	726
402	Velika	da		9 993	504
349	Srednje velika (200-399)	da		9 581	374
334	Srednje velika			16 683**	455
333	Srednje velika			19 144	596
332	Srednje velika			20 476	538
324	Srednje velika			14 065	462
317	Srednje velika			15 957	395
283	Srednje velika			14 118	341
262	Srednje velika	da		8 750	301
246	Srednje velika			15 478	529
220	Srednje velika			11 313	284
213	Srednje velika	da		7 675	267
206	Srednje velika			14 826	334
199	Mala (<200)			18 829	287

*Podaci poredani po veličini bolnice počevši s bolnicom s najvećim brojem bolničkih kreveta

** podaci iz 2010. preuzeti iz Regionalnog plana za zdravstvo za 2011. godinu, Zapad, koji je izradilo Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga (2011)

*** u ovoj tablici nisu korištene oznake bolnica jer bi to omogućilo njihovo prepoznavanje

Organizacijski upitnik sadržavao je i pitanje o popunjenošti bolničkih kapaciteta. Devetnaest bolnica je navelo taj podatak. Ukoliko je popunjenošć veća od 85%, može se očekivati da će to negativno utjecati na kvalitetu zdravstvene skrbi i funkcioniranje bolnice (Keegan 2010, http://download.drfosterintelligence.co.uk/Hospital_Guide_2012.pdf). U 13 od 19 bolnica koje su odgovorile na ovo pitanje, stopa popunjenošć bila je iznad 85%.

Tablica 3. Prosječne stope popunjenošći bolničkih kapaciteta

Identifikacijska oznaka bolnice	Stopa popunjenošћi bolničkih kapac.
1	
2	93
3	83
4	
5	98
6	
7	96
8	
9	
10	86
11	66
12	99
13	
14	
15	82
16	95
17	
18	
19	97
20	96
21	93
22	
23	85
24	120
25	96
26	95
27	
28	83
29	100
30	84

Ugovoreni broj radnih sati tjedno

Podaci o tjednom broju radnih sati navedeni su za liječnike, registrirane medicinske sestre s položenim stručnim ispitom i pomoćno medicinsko osoblje (HCAs) i kretali su se u rasponu od 37,5 do 39 sati, s tim da je kod određenog broja liječnika evidentiran radni tjedan s 33 radna sata. Uobičajeni radni tjedan medicinskih sestara u Irskoj zaposlenih na puno radno vrijeme ima 37,5 radnih sati. Razlike u broju radnih sati liječnika odraz su nedavnih izmjena ugovora o statusu liječnika (Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga, 2008a).

Broj zaposlenih

Budući da je podatke o organizaciji popunjavao član tima rukovoditelja medicinskih sestara, ispitanici su uglavnom bili u mogućnosti dati podatke o broju registriranih medicinskih sestara s položenim stručnim ispitom i neregistriranih medicinskih sestara, bez položenog stručnog ispita. Međutim, podatke o broju liječnika često smo morali tražiti od drugih odjela unutar bolnice. Upravo zbog toga nedostaju odgovori na niz ovih pitanja što može biti posljedica loše komunikacije između odjela ili može biti povezano s prosvjedom. Ipak, to pokazuje da između stručnih službi u irskim bolnicama ne postoji adekvatna komunikacija o planiranju zdravstvenih radnika. Navedeno bi moglo izazvati zabrinutost s obzirom na činjenicu da se u Irskoj trenutno mijenja kombinacija vještina u oba zanimanja, što bi moglo utjecati na kvalitetu skrbi.

U središtu istraživanja RN4CAST su medicinske sestre koje su u izravnom kontaktu s pacijentima na odjelima opće medicine i kirurgije u akutnim bolnicama. Međutim, prikupljeni su podaci i o drugim zaposlenicima bolnice s ciljem ispitivanja odnosa između različitih skupina zaposlenika. Neke od pojmove koji su korišteni za prikupljanje podataka o organizaciji bilo je potrebno pojasniti. Dok se naziv „voditelj odjela“ odnosio na rukovoditelja specijaliziranih medicinskih sestara I (*Clinical Nurse Manager I*) i rukovoditelja specijaliziranih medicinskih sestara II (*Clinical Nurse Manager II*), „ostalo registrirano medicinsko osoblje s položenim stručnim ispitom“ odnosilo se na rukovoditelja specijaliziranih medicinskih sestara III (*Clinical Nurse Manager III*), pomoćnike rukovoditelja medicinskih sestara, rukovoditelje medicinskih sestara, specijalizirane medicinske sestre (*Clinical Nurse Specialists*) i specijalizirane medicinske sestre višeg stupnja (*Advanced Nurse Practitioners*). „Neregistrirano medicinsko osoblje, bez položenog stručnog ispita“ u kontekstu Irske podrazumijeva pomoćno medicinsko osoblje.

Tablica 4. prikazuje omjere između glavnih skupina zaposlenika u irskim bolnicama.

Tablica 4. Omjeri između glavnih skupina zaposlenika u irskim bolnicama

Identifikacijska oznaka bolnice	Broj medicinskih sestara na jednog liječnika	Broj medicinskih sestara na jednog liječnika stažistu	Odjeli opće medicine: Broj medicinskih sestara u odnosu na broj pomoćnog medicinskog osoblja	Odjeli kirurgije: Broj medicinskih sestara u odnosu na broj pomoćnog medicinskog osoblja
1	3,6			
2	3		7,8	5,7
3	3,2			
4	3,1	3,8	5,4	5,8
5	3,3			
6	4,6	4,3	2,8	9,1
7	2,5	3,2	28	26
8	3,1	3,4		
9	4,5			27,5
10	4,3		8,4	
11	3,6		2,6	3,4
12	2,4	2,8	2,5	7,8
13	2,9	3,5		
14	2,5		11,4	12
15	3,1	3		
16	3	3,2	3,6	4,1
17	3,8	4,2	8,9	9
18	3,7			
19	3,2	3,9	5,4	6,1
20	4	4,4	6,1	13,7
21	4,3	5,2	4,8	13,5
22	3,1		6,3	3,8
23	3,4	3,9	4,3	4,8
24	3,7	3,5	2,7	1,9
25		4,1	3,5	3
26	2,4	3	3,5	4,3
27	4,4	5,2	5,5	3,8
28	3,4	3,6	3,4	2,1
29	2,8	3,5	9	4,6
30	2,6	5,5	32,2	28,3

Iz Tablice 4. vidljivo je da postoje značajne razlike u omjerima između različitih skupina zaposlenika u ovoj grupi velikih akutnih bolnica u Irskoj. Bolnice obuhvaćene istraživanjem dale su podatke koji upućuju na to da je u slučaju odjela, npr., razlika u omjerima iznimno velika i može se kretati od tri medicinske sestre do čak 32 medicinske sestre na jednog člana

pomoćnog medicinskog osoblja. Ovo je važno zbog više razloga. Jedan od njih je i da se kompleksnijom analizom tih podataka (o omjeru između broja medicinskih sestara i broja pacijenata, te kombinaciji vještina osoblja) dolazi do zaključka da je broj medicinskih sestara veoma važan za sigurnost pacijenata te da je omjer između broja medicinskih sestara i drugih zaposlenika također iznimno važan (Kirwan et al., 2013). Za više informacija o ovom pitanju, pogledajte poglavje o sigurnosti pacijenata.

Fluktuacija zaposlenika

Informacije o fluktuaciji osoblja bilo je teško dobiti. Podaci o fluktuaciji medicinskih sestara bili su dostupni u samo sedam bolnica. Neke bolnice nisu vodile evidenciju o fluktuaciji medicinskih sestara, dok u drugima nije bilo moguće dobiti te podatke zbog prosvjeda obavljanjem poslova na minimalnoj razini prema zahtjevima struke koji se održavao u vrijeme prikupljanja podataka. Prosječna vrijednost raspoloživih podataka o fluktuaciji iznosi 10,71%, što je donekle slično prethodnim rezultatima istraživanja u Irskoj (McCarthy, Tyrell i Cronin 2002.).

Obrazovanje medicinskog osoblja i stručna sprema stečena izvan Europske unije

Od bolnica uključenih u istraživanje smo tražili broj sestara s diplomom fakulteta (bilo prije ili poslije registracije) ili magisterijem. Uz to, tražili smo podatke o broju medicinskih sestara koje su se obrazovale izvan Europske unije (EU). Budući da praksa sustavnog evidentiranja ovih podataka nije postojala, niti danas postoji, nisu sve bolnice bile u mogućnosti odgovorili na ova pitanja. U nedostatku točnih podataka neke bolnice su dale svoje procjene.

Za potrebe planiranja medicinskog osoblja važno je voditi ovu vrstu podataka. Već je napomenuto da je razina obrazovanja medicinskih sestara u niz navrata povezivana s kvalitetom skrbi o pacijentima (Aiken et al., 2003.; Sasichay - Akkadechanunt et al., 2003.; Estabrooks et al., 2005.; Bruyneel et al., 2009.; Kendall - Gallagher i Blegen, 2009.; Aiken et al., 2011.; Kendall - Gallagher et al., 2011.). U okviru ovog istraživanju, pomoću upitnika za medicinske sestre, prikupljeni su i podaci o razini obrazovanja medicinskih sestara i zemljama u kojima su stekle stručnu kvalifikaciju. Međutim, ovi podaci daju sliku stanja koja je odraz odgovora medicinskih sestara koje su popunjavale upitnik, a ne podataka koji postoje na razini ustanove. Upravo zbog toga nije moguće provjeriti podatke prikupljene anketiranjem medicinskih sestara usporedbom s organizacijskim podacima, niti provjeriti podatke koji se vode na razini ustanove.

Bolovanje / odsutnost s posla

Iako na ovo pitanje nisu odgovorili svi ispitanici, bilo je moguće izračunati ukupne rezultate. Godišnji postotak bolovanja / odsutnosti s posla iznosio je 5,89 % u slučaju registriranih medicinskih sestara s položenim stručnim ispitom i 6,88 % u slučaju neregistriranih medicinskih sestara, bez položenog stručnog ispita. Navedeni postotci su u skladu s podacima iz baze podataka *Healthstat* za 2012. u kojoj se navodi da je prosječna stopa odsutnosti medicinskih sestara s posla 5,6 %, dok je u nekim bolnicama ta stopa čak 12,5 %. Pred upraviteljima bolnica općenito, a posebno medicinskim sestrama rukovoditeljicama velik je zadatak. Navedene stope bolovanja / odsutnosti s posla također su znatno veće od cilja od 3,5 % koji je postavilo Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga u Nacionalnom planu za zdravstvo za 2012. godinu. Važno je napomenuti da je u Boormanovom izvješću (Boorman Review, 2009) o Zdravstvenom sustavu Ujedinjenog Kraljevstva (UK NHS) naglašena potreba za ulaganjem u zdravlje i zadovoljstvo zaposlenika. Izvješće pokazuje da su u organizacijama kojima su zdravlje i zadovoljstvo zaposlenika prioriteti stope bolovanja niže, pacijenti zadovoljniji, a sveukupna učinkovitost veća.

Organiziranje i upravljanje bolničkim poslovima

RN4CAST istraživanje donosi detalje o planiranju rada i broja medicinskog osoblja na odjelima akutnih bolnica. Iz odgovora na pitanje na koji način se planira medicinsko osoblje, ustanovljeno je da se broj medicinskih sestara na odjelima bolnica (od mogućih n = 30):

- uglavnom zasniva na povijesnom principu (n = 24)
- ne temelji na formalnom sustavu (n = 25)
- razlikuje ovisno o odjelu (n = 23),
- redovno preispituje u gotovo polovici bolnica (n = 14)
- u više od polovice bolnica (n = 17) ne određuje usporedbom s utvrđenim referentnim normama
- ne određuje na način istovjetan referentnoj vrijednosti (n = 20)
- ne određuje na način da bude iznad referentne vrijednosti (n = 28)
- ne prilagođava težini bolesti pacijenta ili potrebama pacijenata za zdravstvenom njegom (n = -21)
- donekle temelji na neformalnoj ocjeni težine bolesti pacijenta (n = 18)
- ne planira od smjene do smjene, ovisno o težini bolesti pacijenata i potrebama pacijenata za zdravstvenom njegom (n = 23)

Ocjena medicinskog osoblja

- ne provodi se formalno godišnje ocjenjivanje medicinskog osoblja s rukovoditeljima (n = 24)
- potrebe medicinskog osoblja za osposobljavanjem preispituju se najmanje jednom godišnje u polovici bolnica (n = 15)
- ne provodi se godišnja analiza stručnog usavršavanja medicinskog osoblja (n = 20)
- postojanje finansijske potpore za stručno usavršavanje i osposobljavanje medicinskih sestara (n = 24)
- odobravanje dopusta za potrebe stručnog usavršavanja i osposobljavanja (n = 27)

Proračun bolnica za potrebe stručnog usavršavanja i osposobljavanja med. sestara

Samo devet bolnica odgovorilo je na pitanje o proračunu za stručno usavršavanje i osposobljavanje medicinskih sestara koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije. Ostale bolnice navele su da Centri za obrazovanje medicinskih sestara i primalja, Uprave za planiranje i razvoj sestrinstva i primaljstva i/ili Uprave za razvoj prakse imaju te proračune.

Sigurnost pacijenata

Sigurnost pacijenata došla je u središte pozornosti zdravstvenih organizacija širom svijeta (Kirwan et al., 2013.). U kontekstu Irske, to je posebno izraženo u posljednjih nekoliko godina zbog niza razloga, uključujući sljedeće:

- Istrage nepravilnosti u pružanju zdravstvene zaštite u Irskoj koje su zaokupile pažnju javnosti (Vlada Irske, 1997.; Ministarstvo za zdravstvo i djecu (*Department of Health and Children*), 2006.; Uprava za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, 2008.).
- Službeno uspostavljanje Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, koja je formalno odgovorna za postavljanje standarda u sektoru zdravstva i socijalne skrbi u Irskoj i praćenje osiguranja kvalitete ovih usluga. Uprava za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu uspostavljena je 2007. godine.
- Prihvatanje, od strane Vlade, i provedba preporuka iz Izvješća Povjerenstva za sigurnost pacijenata i osiguranje kvalitete (DoHC, 2008.)

Ranija istraživanja ukazuju na postojanje uzajamnog odnosa između razine obrazovanja medicinskih sestara (Aiken et al., 2003.; Estabrook et al., 2005.) te omjera između broja medicinskih sestara i broja pacijenata (Aiken, 2002.; Needleman et al., 2006. i Needleman et al. 2011.) i sigurnosti pacijenata. Organizacijska kultura sigurnosti je također često povezivana sa sigurnosnim ishodima. RN4CAST istraživanje dalo je preglednu sliku kulture sigurnosti u 30 akutnih bolnica koje su sudjelovale u ovom nacionalnom istraživanju u Irskoj.

Istraživački tim odlučio je u upitnik za medicinske sestre uvrstiti sedam pitanja iz opsežnije Ankete o kulturi sigurnosti pacijenata (Agencija za istraživanje i kvalitetu u zdravstvu, 2007a).

U ovom istraživanju medicinske sestre smo također zamolili da daju opću ocjenu sigurnosti pacijenata na svom odjelu. Ovo pitanje preuzeto je iz Ankete o kulturi sigurnosti pacijenata Agencije za istraživanje i kvalitetu u zdravstvu (2007a). Medicinske sestre su na ljestvici od 1 do 5 trebale ocijeniti sigurnost pacijenata, od „nezadovoljavajućeg“ do „izvrsnog“, s tim da su veće ocjene značile bolju sigurnost pacijenata.

Odgovarajući na pitanja iz organizacijske ankete, bolnice su navele da imaju zaposlenike zadužene za poslove sigurnosti i kvalitete. Nepostojanje nacionalnih smjernica za postavljanje osoba zaduženih za te poslove dovelo je do nedosljednosti u ocjenjivanju (vidi Tablicu 5). Ovo utječe na unaprjeđenje sigurnosti pacijenata u irskim bolnicama (Kirwan, 2012.). U odgovorima se također navodi da su zaposlenici stekli odgovarajuća znanja vezano za pitanja kvalitete i sigurnosti te da se provode provjere sigurnosti i analiziraju trendovi.

Tablica 5. Osoblje zaduženo za poslove osiguranja kvalitete i sigurnosti u bolnicama koje su sudjelovale u istraživanju u razdoblju od 2009. do 2010. godine.

Radna mesta za poslove sigurnosti	Da (n)	Pomoćnik rukovod. med. sestara	Spec. med. sestra	Voditelj medicinskih sestara	Admin. razina 6	Admin. razina 7	Admin. razina 8	Med. znanstvenik	Glavni farmaceut	Viši farmaceut	Razina nije navedena
Menadžer za kvalitetu	22	3	1	3	1	2	6				6
Menadžer za poslove upravljanja kliničkim rizicima	26	5		2		6	4				9
Odgovorna osoba za unapređenje sigurnosti transfuzijskog liječenja	30		7					1			22
Odgovorna osoba za praćenje sigurnosti primjene, djelovanja i kvalitete farmakoloških proizvoda	10								1	3	6

Tablica 6. Stručno usavršavanje o sigurnosti u bolnicama koje su sudjelovale u istraživanju u razdoblju od 2009. do 2010.

Redovito stručno usavršavanje u sljedećim područjima	Da (n)	Je li usavršavanje obvezno?			
		Da (n)	Ne (n)	Bez odgovora	Važeći % da
Upravljanje kliničkim rizicima/Sigurnost pacijenata	27	6	12	10	33,3%
Kontrola infekcija	30	21	2	7	91,3%
Transfuzije krvi	29	22	1	7	95,7%
Oživljavanje (CPR)	30	24	0	6	100%
Upute za premještanje stvari i osoba	30	24	0	6	100%
Prijavljivanje neželjenih događaja	26	6	13	10	31,6%
Informirani pristanak	14	3	7	18	30%
Priopćavanje neželjenih događaja	21	4	10	15	28,6%
Sigurnost lijekova	26	10	6	12	62,5%

UPITNIK O RADU I STAVOVIMA MEDICINSKIH SESTARA

Upitnik

Konzorcij je izradio anketni upitnik za medicinske sestre koji obaseže osam stranica. Pitanja su formulirana na isti način u svim zemljama partnerima koje su sudjelovale u ovom istraživanju, što znači da preformuliranje pitanja u upitniku nije bilo moguće. Upitnik je obuhvatio sljedeće:

- Demografske podatke, uključujući spol, dob, obrazovanje, vrstu ugovora (puno ili nepuno radno vrijeme), godine radnog staža.
- Bateriju pitanja o radnom okruženju iz Indeksa rada medicinskih sestara (*Practice Environment Sub-scale of the Nursing Work Index*) s 32 pitanja, koja uključuje sljedeće tematske cjeline (Lake, 2002.):
 - kadrovska politika i adekvatnost resursa,
 - temelji kvalitete medicinske skrbi,
 - sudjelovanje medicinskih sestara u poslovnom odlučivanju,
 - menadžerske sposobnosti medicinskih sestara, vodstvo i potpora ostalih sestara,
 - kolegijalni odnosi između medicinskih sestara i liječnika,
 - dodatna pitanja (uglavnom se odnose na odnos medicinskih sestara i liječnika).
- Inventorij izgaranja na poslu C. Maslach (Maslach et al., 1996.).
 - tri cjeline: emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija i osobno postignuće
- Zadovoljstvo poslom, namjera napuštanja radnog mesta i preporuka bolnice drugima (Sochalski et al., 1997.; Sochalski i Aiken, 1999.; Clarke i Aiken, 2008.).
- Dva opća pitanja o osnaživanju iz Programa jačanja položaja na poslu, sveučilišta University of Western Ontario (Laschinger, 1996.)
- Percepције o kvaliteti i sigurnosti, (Sochalski et al., 1997.; Sochalski & Aiken, 1999.; Clarke i Aiken, 2008.) učestalosti neželjenih događaja, prijavljivanje neželjenih događaja (dodano za potrebe istraživanja RN4CAST u Irskoj).
- Tri pitanja koja se odnose na učestalost prijavljenih događaja, a koja su preuzeta iz Ankete o kulturi sigurnosti pacijenata (Agencija za istraživanje i kvalitetu u zdravstvu, 2007a); stručno usavršavanje o sigurnosti i kvaliteti (samo u Irskoj)
- radno opterećenje (Sochalski et al. 1997.; Sochalski i Aiken, 1999.; Clarke i Aiken, 2008.)
 - broj sati provedenih na poslu, radno opterećenje i kolege (Sochalski et al., 1997.; Sochalski & Aiken, 1999.; Clarke & Aiken, 2008.).

- posao koji nije vezan za skrb o pacijentima i posao koji nije obavljen
(Sochalski et al., 1997.; Sochalski i Aiken, 1999.; Clarke i Aiken, 2008.).

Indeksiranje valjanosti sadržaja

Indeksiranje valjanosti sadržaja (*Content Validity Indexing, CVI*) je proces u kojemu neovisni stručnjaci ocjenjuju sadržaj pitanja postavljenih u anketi. Ocjenjivači ocjenjuju svako pitanje na ljestvici od 1 do 4, gdje 1 znači nije relevantno, a 4 = vrlo je relevantno. Ocjenjivači su zamoljeni da ocijene pitanja s obzirom na ciljanu publiku. Pitanja u anketama za potrebe istraživanja RN4CAST (u Irskoj) ocjenjivalo je osam medicinskih sestara koje su radile u bolnicama u Irskoj. Ti dobrovoljci činili su prigodan uzorak, koji je odabran u osobnom kontaktu, nakon što je dobiveno dodatno etičko odobrenje od Etičkog povjerenstva za istraživanja Sveučilišta grada Dublina (ovaj dio istraživanja nije bio dijelom izvornog zahtjeva podnesenog tom povjerenstvu). Dobrovoljci su ocjenjivali pitanja iz ankete s obzirom na to jesu li pitanja relevantna za njihovo radno okruženje. Pitanja su ocjenjivana *online*, anonimno, u rujnu 2009. godine. Ocjene su objedinjene i obrađene kako bi se ustanovalo postoje li između ocjenjivača slučajne podudarnosti. Rezultati ovakvog načina ocjenjivanja istraživaču pokazuju mjeri li instrument ono što se istraživač nadao da će se mjeriti i vjerojatnost da prikupljeni podaci odražavaju kontekst koji se analizira. Za potrebe RN4CAST istraživanja, postupak indeksiranja valjanosti sadržaja poveden je za dva dijela upitnika za medicinske sestre. Indeksiranjem valjanosti sadržaja za skalu radnog okruženja dobivena je ocjena 0.79. Ocjena za skalu izgaranja na poslu C. Maslach bila je niža - 0,64 (mogući raspon 0-1, gdje je 0 najniža, a 1 najviša ocjena). Obje ocjene smatraju se prihvatljivima.⁴

Postupak

U razdoblju od listopada 2009. do svibnja 2010., upitnici su podijeljeni medicinskim sestrama koje rade na 112 odjela opće medicine i kirurgije u 30 bolnica obuhvaćenih istraživanjem u cijeloj Irskoj. U jednoj bolnici sudjelovalo je između dva i četiri odjela. U slučajevima gdje je bilo više od četiri odjela na raspolaganju, relevantni odjeli su izabrani u dogovoru s rukovoditeljima medicinskih sestara i koordinatorima. Rezultati ovog nacionalnog anketiranja medicinskih sestara, koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije u 30 od ukupno 31 velike akutne bolnice u Irskoj, prikazani su u nastavku.

⁴ Polit et al. (2007.) razvili su formulu ugrađivanjem I - CVI ocjene u modificirani Kappa statistički izračun koji će uzeti u obzir slučajnost slaganja među ocjenjivačima. Modificirani kriteriji procjene Kappa testa su: prihvatljivo 0,40-0,59; dobro 0,60-0,73; i izvrsno ≥ 0.74 . Vidi Squires et al. (2012.) za više informacija o indeksiranju valjanosti sadržaja.

REZULTATI ANKETIRANJA MEDICINSKIH SESTARA

Stopa odgovora

Anketiranje u Irskoj provedeno je pomoću upitnika koji je podijeljen 2.495 ispitanika - medicinskih sestara u odjelima opće medicine i kirurgije u 30 akutnih bolnica. Upitnik je popunilo ukupno 1.406 medicinskih sestara, što odgovara općoj stopi odgovora od 56 %. Stopa odgovora po pojedinoj bolnici iznosila je između 38-78 %, dok je stopa odgovora na razini odjela varirala od 5 % do 100 % (tj. od 1 do 24 ispitanika).

Tablica 7. Stopa odgovora medicinskih sestara u bolnicama koje sudjeluju u istraživanju

Ident. oznaka bolnice	Broj odgovora	% stope odgovora
1	27	39%
2	55	62%
3	60	78%
4	36	51%
5	42	59%
6	30	58%
7	32	52%
8	44	51%
9	43	51%
10	29	64%
11	29	38%
12	45	68%
13	82	62%
14	59	56%
15	56	59%
16	60	76%
17	55	54%
18	50	71%
19	48	53%
20	32	54%
21	57	54%
22	33	56%
23	19	38%
24	53	54%
25	51	55%
26	47	54%
27	48	59%
28	59	51%
29	59	67%
30	66	69%

HOSPITAL ID	Number of nurse responses	% Response rate
1	27	39%
2	55	62%
3	60	78%
4	36	51%
5	42	59%
6	30	58%
7	32	52%
8	44	51%
9	43	51%
10	29	64%
11	29	38%
12	45	68%
13	82	62%
14	59	56%
15	56	59%
16	60	76%
17	55	54%
18	50	71%
19	48	53%
20	32	54%
21	57	54%
22	33	56%
23	19	38%
24	53	54%
25	51	55%
26	47	54%
27	48	59%
28	59	51%
29	59	67%
30	66	69%

Općenito, od ukupnog broja medicinskih sestara koje su sudjelovale u anketiranju, 44,6 % (n = 622) radi na odjelima kirurgije, 48,1% (n = 670) na odjelima opće medicine, a 7,3 % (n = 102) u mješovitim odjelima opće medicine/kirurgije.

Kako bi se osigurala anonimnost medicinskih sestara koje su sudjelovale u anketiranju, rezultati su prikazani samo na razini bolnica.

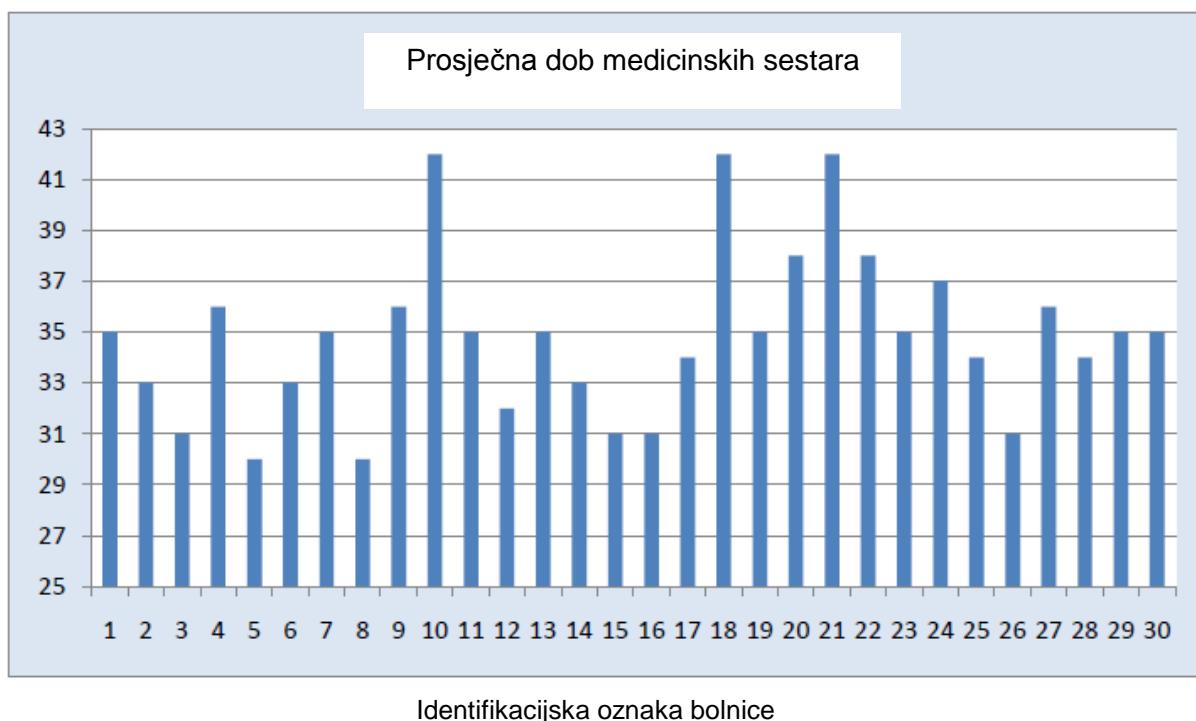
Tablica 7. prikazuje stopu odgovora bolnica koje sudjeluju u istraživanju.

Demografska slika medicinskih sestara ispitanika

94 % ispitanika bile su žene. Većina ispitanika bila je u dobi između 30 i 39 godina (44 %), dok je gotovo 32 % ispitanika bilo mlađe od 30 godina. 25 % medicinskih sestara bilo je između 40 i 59 godina, dok je manje od 1 % bilo preko 60 godina starosti.

Graf 4. prikazuje prosječne dobi medicinskih sestara ispitanika (tj. ispitanika u izravnoj medicinskoj skrbi) po bolnicama.

Graf 4. Prikaz prosječne dobi sestara u izravnoj medicinskoj skrbi po bolnicama (prosječna dob je 35)

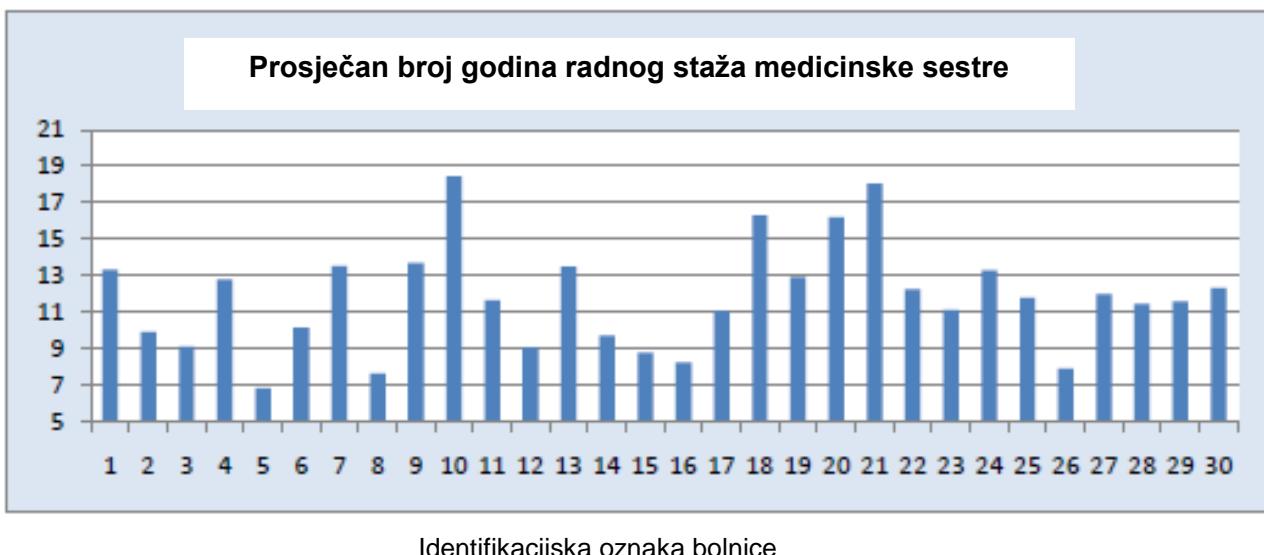


Vrsta radnog odnosa i godine radnog iskustva

84 % ispitanika u istraživanju u Irskoj radi u punom radnom vremenu, 50 % njih u sudjelujućoj bolnici radi manje od 5 godina, 29 % radi u bolnici između 5 i 10 godina dok oko 14 % radi u bolnici između 10 i 20 godina. Prema podacima RN4CAST istraživanja bolnice izvan Dublina i / ili manje bolnice imaju starije, iskusnije medicinske sestre (utvrđeno brojem godina nakon stjecanja stručne spreme) iako profil pacijenata nije tako akutan kao u velikim bolnicama u Dublinu. Ovo ukazuje na činjenicu da pozornost treba posvetiti profilu medicinskih sestara, uključujući razinu iskustva tima medicinskih sestara na dotičnom odjelu. Tako su npr. Blegen et al 2001, Manojlovich et al 2011, i Patrician et al 2011., posebnu pozornost poklanjali razini iskustva medicinskoga osoblja kod preveniranja neželjenih događaja kao što su krivo liječenje, pad pacijenta i infekcija.

Graf 5. prikazuje prosječni broj godina rada koje su ispitanici proveli radeći kao medicinske sestre u bolnicama.

Graf 5. Prikaz prosječnog trajanja radnog staža medicinskih sestara - prikazanog po bolnicama (prosječna vrijednost je 12).

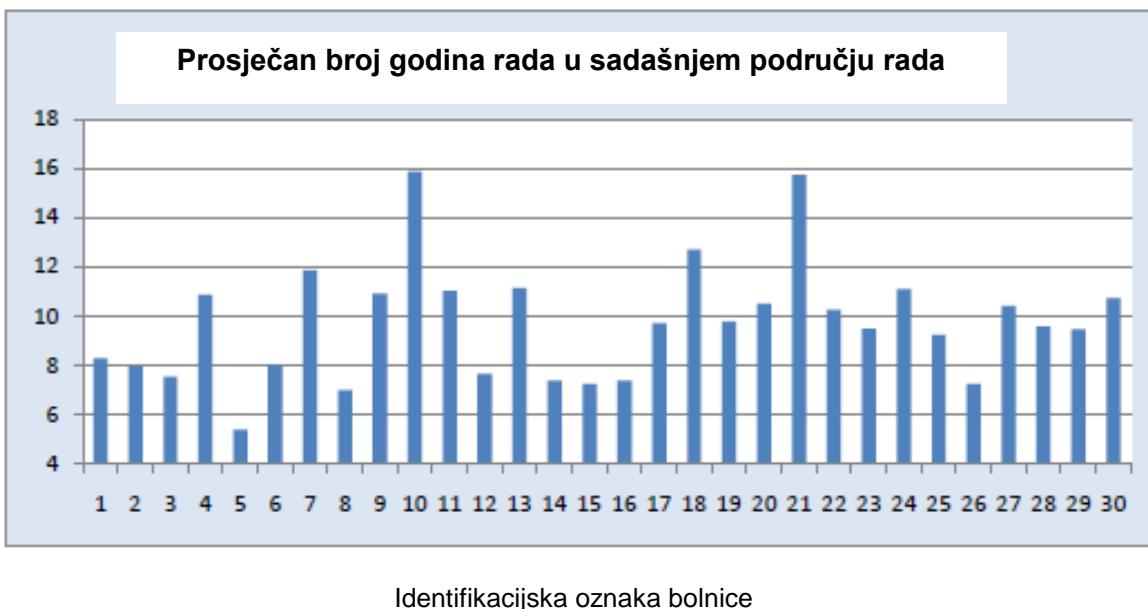


Jedno od pitanja postavljeno medicinskim sestrama bilo je i koliko godina rade u njihovom sadašnjeg području rada (opća medicina ili kirurgija).

Ovo je ujedno i pokazatelj razine iskustva medicinskog osoblja u ovim područjima. Prosječan broj godina u bolnicama koje su medicinske sestre provele radeći u svojim područjima sestrinstva bio je 10 godina.

Graf 6. prikazuje prosječni broj godina rada koje su ispitanici proveli radeći u svojim sadašnjim područjima sestrinstva.

Graf 6. Prosječan broj godina rada provedenoga u sadašnjem području rada (opća medicina ili kirurgija)



Naprijed prikazani podaci, koji su dostavljeni sudjelujućim bolnicama, mogu pomoći upraviteljima bolnica kod provjere iskustva i stručnosti njihovog medicinskog osoblja kao i kod usporedbe s ostalim akutnim bolnicama u tom sektoru.

Poticajno radno okruženje medicinskih sestara

Percepcija medicinskog osoblja o poticajnoj atmosferi radnog okruženja medicinskih sestara ima svoju važnost jer su zdravstveni radnici koji su razvili svoj puni potencijal i predani radu preduvjet za pružanje visokokvalitetne, humane zdravstvene njegе usmjerene na pacijenta.

Odgovori na opća pitanja u okviru RN4CAST istraživanja o poticajnoj atmosferi radnog okruženja medicinskih sestara pokazali su se podudarnima s odgovorima zabilježenima kod slučajnog uzorka medicinskih sestara i primalja na nacionalnoj razini (iz svih područja medicinske skrbi) u istraživanju o poticajnoj atmosferi radnog okruženja medicinskih sestara provedenoga 2001. godine u Irskoj (Scott et al 2003). Oko 50 % ispitanika u oba istraživanja suglasno su iskazali da ih je njihova radna okolina osnažila i potakla da svoje radne zadatke obavljaju na učinkovitiji način. Oko 38 % ispitanika u oba istraživanja suglasno su iskazali da smatraju svoje radno mjesto poticajnim okruženjem za razvoj svojih potencijala.

Radno opterećenje medicinskih sestara

Tri nalaza u ovom istraživanju za koja se smatra da prikazuju radno opterećenje medicinskih sestara su:

- omjer broja pacijenta i medicinskih sestara
- količina obavljenih poslova koji nisu vezani za skrb o pacijentima
- količina potrebnih poslova koji su ostali neobavljeni

Omjer broja pacijenata i medicinskih sestara

Od medicinskih sestara u ovom istraživanju zatražen je podatak o ukupnom broju pacijenata na odjelu u njihovoj posljednjoj odraćenoj smjeni zajedno s ukupnim brojem registriranih medicinskih sestara s položenim stručnim ispitom koje pacijentu pružaju izravnu medicinsku skrb tijekom te smjene. Ovi podaci upotrijebljeni su za izračun omjera broja pacijenata i medicinskih sestara. To može poslužiti kao pokazatelj radnog opterećenja medicinskih sestara. Prosječan omjer broja pacijenata i medicinskih sestara u sudjelujućim bolnicama bio je sedam pacijenata na jednu medicinsku sestruru.

Graf 7. prikazuje razlike u prosječnim omjerima broja pacijenata i medicinskih sestara u sudjelujućim bolnicama.

Graf 7. Omjer broja pacijenata i medicinskih sestara prema odgovorima ispitanika (tj. broj pacijenata na registriranu medicinsku sestruru u posljednjoj odraćenoj smjeni)

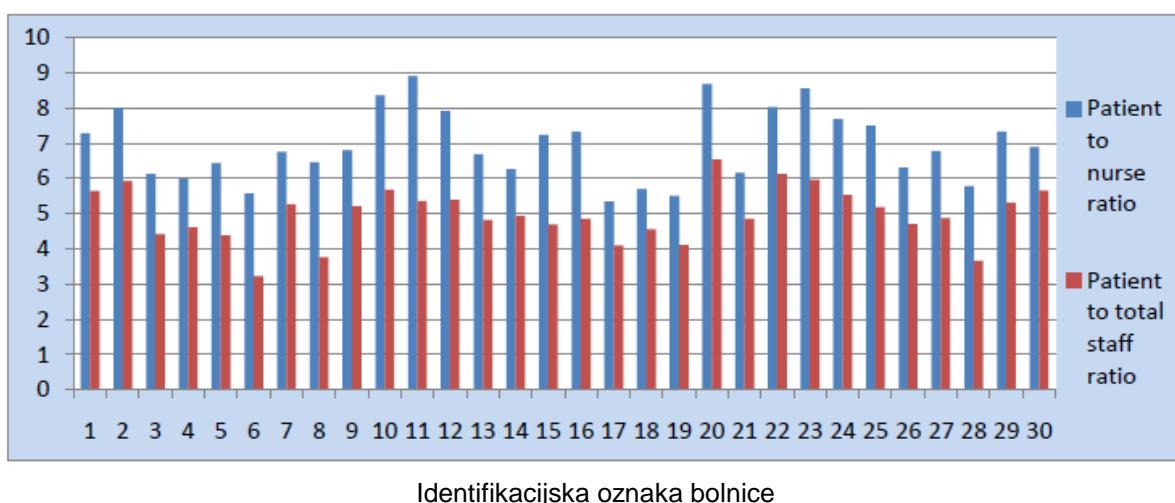


Sljedeći pokazatelj radnog opterećenja izračunat je pomoću ukupnog broja pacijenata na odjelu i ukupnog broja medicinskog osoblja koje pruža medicinsku skrb (registrirane medicinske sestre s položenim stručnim ispitom i drugo osoblje za skrb, npr. pomoćno osoblje). Izračunata srednja vrijednost za omjer broja pacijenata i medicinskih sestara u

sudjelujućim bolnicama iznosila je pet pacijenata na jednog člana medicinskog osoblja izravne medicinske skrbi.

Graf 8. prikazuje razlike među bolnicama u pogledu omjera broja pacijenata i registriranih medicinskih sestara s položenim stručnim ispitoljubivim i omjera broja pacijenata i ukupnog broja medicinskog osoblja. Kao što se može vidjeti, među bolnicama postoje prilične razlike. Medicinske sestre u nekim bolnicama navele su da prosječan omjer broja pacijenata i medicinskih sestara iznosi 8,9 pacijenata po medicinskoj sestri. Najpovoljniji omjer broja pacijenata i medicinskih sestara zabilježen je u bolnici 17 i iznosio je 5,35.

Graf 8. Omjer broja pacijenata i registriranih medicinskih sestara i broja pacijenata i ukupnog broja medicinskog osoblja izravne medicinske skrbi (medicinske sestre, pomoćno medicinsko osoblje)



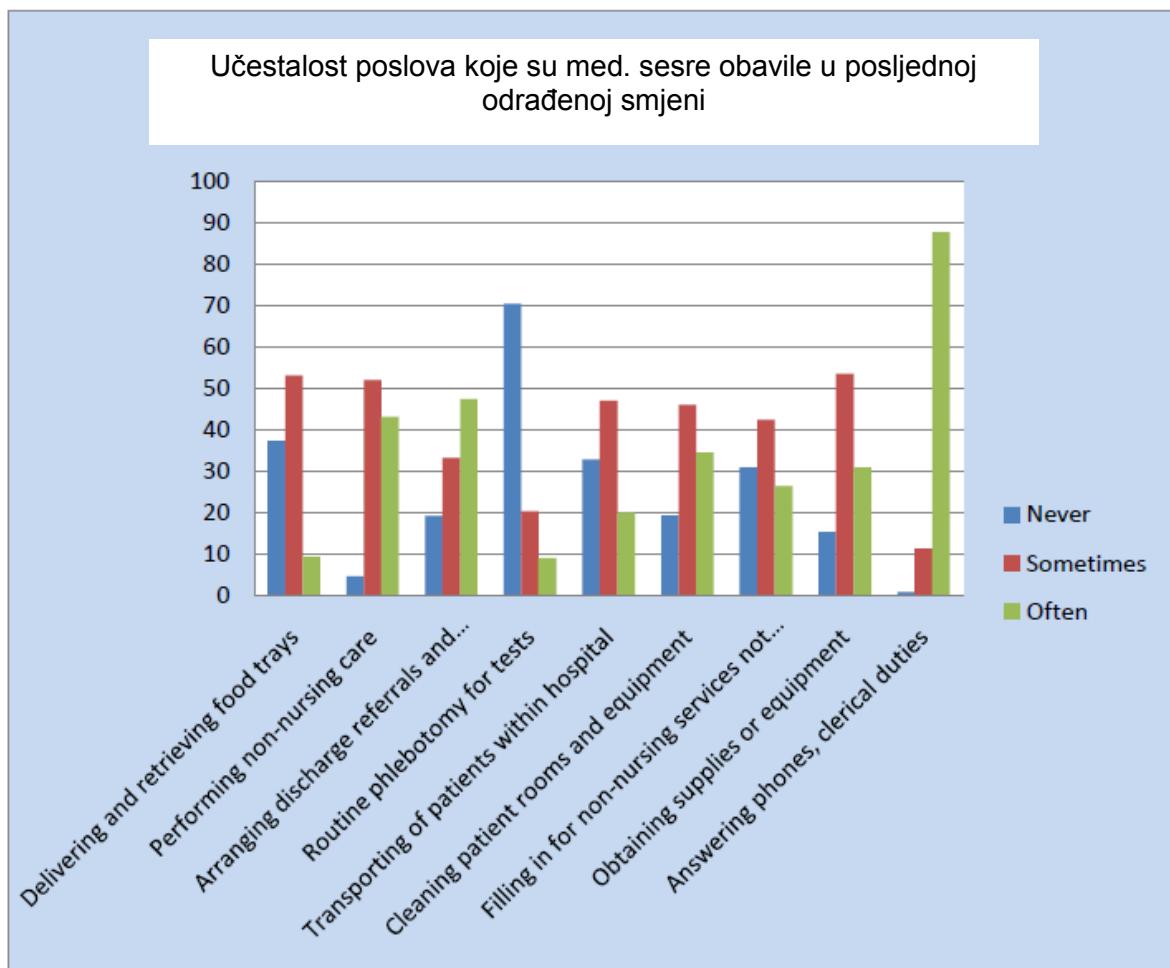
Legenda:

- omjer broja pacijenata i ukupnog broja medicinskog osoblja
- omjer broja pacijenata i medicinskih sestara

Količina obavljenih poslova koji nisu vezani za njegu pacijenata

U upitniku je dan popis poslova koji se mogu smatrati nepovezanim sa skrbi o pacijentima. Ispitanici su zamoljeni označiti koliko često su takve poslove obavljali u zadnjoj odrađenoj smjeni. Opći rezultati za te poslove prikazani su u Grafu 9.

Graf 9. Poslovi koji nisu vezani za njegu pacijenata obavljeni u svih 30 bolnica



Legenda:

Poslovi (s lijeva na desno):

Donošenje i odnošenje pladnjeva s hranom

Pružanje skrbi izvan zaduženja medicinske sestre

Pripremanje otpusnih pisama

Redovno vađenje krvi za analizu

Prijevoz pacijenata unutar bolnice

Čišćenje pacijentove sobe i opreme

Zamjena za usluge koje nisu u vezi s medicinskom njegom

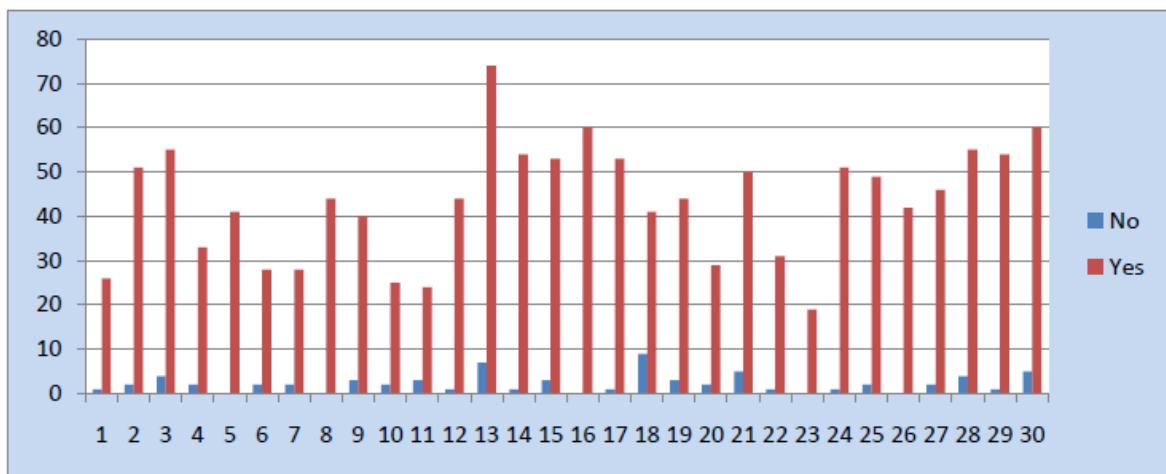
Nabavljanje zaliha ili opreme

Odgovaranje na telefonske pozive, administrativni poslovi

■ nikada
■ ponekad
■ često

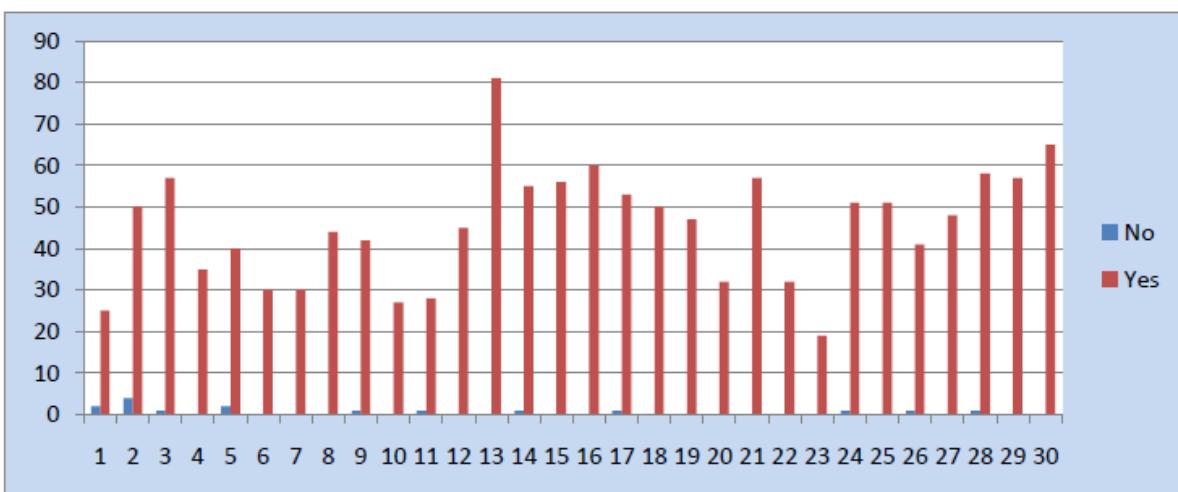
U Irskoj neke od ovih poslova medicinske sestre obavljaju kao dio njihovih svakodnevnih obveza i stoga nije svrshishodno detaljnije prikazivati ove rezultate. Međutim, dvije čestice tj. dva posla za koje se najviše smatra da nisu vezani za skrb o pacijentima (pogotovo kad se obavljaju često) prikazana su u Grafovima 10. i 11. iz kojih se uočavaju razlike između bolnica. Ovi poslovi su, kako je navedeno u upitniku za medicinske sestre, "pružanje skrbi izvan zaduženja medicinske sestre" i "odgovaranje na telefonske pozive i administrativni poslovi". Grafovi prikazuju broj sestara čiji su odgovori na pitanje u vezi s poslovima bili ili "da" ili "ne" te se moraju tumačiti uz uvažavanje ukupnog broja odgovora iz svake bolnice.

Graf 10. Broj medicinskih sestara po bolnici koje su iskazale da poslove skrbi izvan zaduženja medicinskih sestara obavljaju ponekad ili često.



Identifikacijska oznaka bolnice

Graf 11. Broj medicinskih sestara po bolnici koje su iskazale da administrativne poslove kao što je odgovaranje na telefonske pozive obavljaju ponekad ili često



Identifikacijska oznaka bolnice

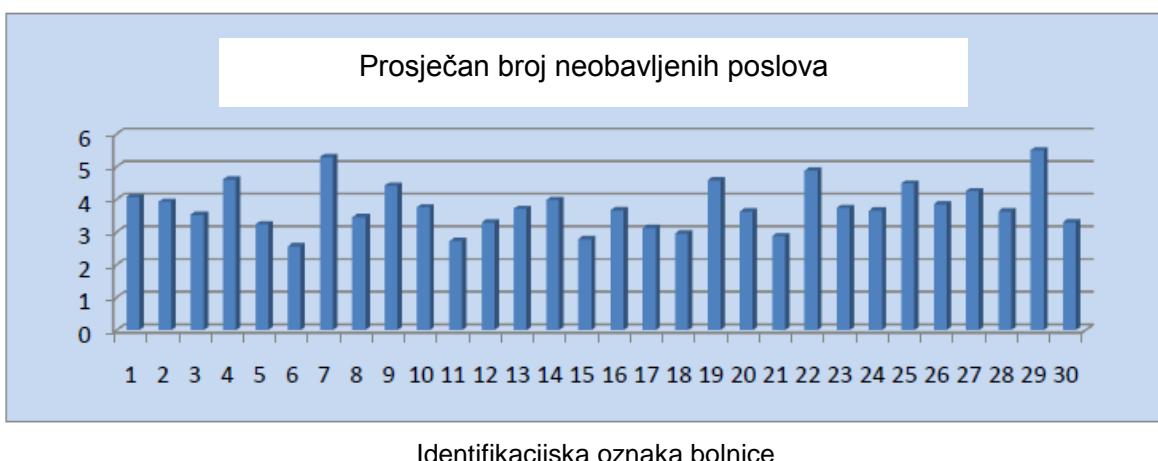
Količina poslova medicinske njege koji su ostali neobavljeni

Medicinske sestre su u upitniku označavale poslove medicinskih sestara koji su bili potrebni, ali su ostali neobavljeni jer u posljednjoj odrađenoj smjeni nisu imale vremena za njihovo obavljanje. Navedeno je trinaest niže prikazanih stavki:

1. Odgovarajuće nadgledanje pacijenta
2. Njega kože
3. Oralna higijena
4. Upravljanje boli
5. Tješenje/razgovor s pacijentom
6. Poučavanje pacijenata i obitelji
7. Terapije, tretmani i postupci
8. Davanje lijekova na vrijeme
9. Pripremanje pacijenta i obitelji za otpust pacijenta iz bolnice
10. Dokumentiranje medicinske njege
11. Izrada ili dopuna planova medicinske njege/model postupanja u postupku pružanja medicinske njege
12. Planiranje medicinske njege
13. Često mijenjanje položaja pacijenta

Broj stavki koje su identificirane kao neobavljene znatno se razlikovao među medicinskim sestrama (između 0 i 13). Graf 12. prikazuje prosječan broj stavki tj. poslova koje medicinske sestre u sudjelujućim bolnicama nisu obavile u posljednjoj odrađenoj smjeni zbog nedostatka vremena.

Graf 12. Prosječan broj potrebnih poslova koji su iskazani kao neobavljeni u zadnjoj odrađenoj smjeni zbog nedostatka vremena



Radno okruženje medicinskih sestara

Indeks rada medicinskih sestara (NWI) međunarodno je prihvaćeni upitnik za istraživanje rada medicinskih sestara u njihovom radnom okruženju. Taj instrument omogućava mjerjenje, ocjenu i usporedbu važnih svojstava / čimbenika radnog okruženja medicinskih sestara. Upitnik je izrađen u okviru istraživanja vezanog za tzv. magnet bolnice (*Magnet Hospitals*) (Kramer et al 1989; McClure et al 1983.).

Faktorska analiza rezultirala je trima upitnicima: Revidirani indeks rada medicinskih sestara (NWI-R: Aiken & Patrician, 2000), Opseg radnog okruženja indeksa rada medicinskih sestara (PES-NWI: Lake, 2002) i Indeks radnog okruženja (PEI, Estabrooks et al, 2002).

U RN4CAST istraživanju korišten je Opseg radnog okruženja indeksa rada medicinskih sestara (PES-NWI) jer je od strane Američkog nacionalnog foruma za kvalitetu (*American National Quality Forum*) (Lake, 2007) preporučen kao instrument za mjerjenje radne učinkovitosti medicinskih sestara. Faktorska analiza primijenjena je za mjerjenje promjena unutar radnog okruženja medicinskih sestara. Ona nam pomaže pri analiziranju posljedica tih promjena na ishode liječenja u pogledu pacijenta i medicinskih sestara (Lake 2002). Instrument sadrži 32 pitanja o radnom okruženju s ljestvicom od 4 stupnja Likertova tipa ("uopće se ne slažem", "ne slažem se", "slažem se", "potpuno se slažem"). Najveći rezultat ukazuje na visoki stupanj slaganja s dotičnom tvrdnjom. Obično se pomoću upitnika PES-NWI (Opsega radnog okruženja indeksa rada medicinskih sestara) izdvaja 5 faktora ovisno o okruženju i odabiru pitanja (Tauton et al 2001, McCusker et al 2004, Li et al 2007, Bruyneel et al 2009, Gunnrsdottir et al 2009, Van Bogaert et al 2009, Slater et al 2010). To su:

- kadrovska politika i adekvatnost resursa
- kolegijalni odnosi između medicinskih sestara i liječnika
- menadžerske sposobnosti medicinskih sestara, vodstvo i potpora ostalih sestara
- sudjelovanje medicinskih sestara u poslovnom odlučivanju
- temelji kvalitete medicinske skrbi

Istraživanja i literatura ukazuju na činjenicu da su ovi faktori značajno povezani s posljedicama glede dobrobiti medicinskih sestara. Da bi se pokazala povezanost s izgaranjem na poslu, zadovoljstvom poslom i namjerom da se napusti radno mjesto / zanimanje koristit će se primjeri RN4CAST pilot istraživanja u Belgiji.

Isto tako, nešto recentnije istraživanje povezuje prisutnost ovih čimbenika s visokim stupnjem zadovoljstva kod pacijenta / boljim iskustvima pacijenta u pogledu bolničke njege (Vahey et al 2004; Kutney-Lee et al 2009).

Grafovi 13. i 17. prikazuju rezultate za anketirane medicinske sestre. Za svaki od ovih pet čimbenika (naprijed navedenih) prikazane su razlike po akutnim bolnicama u Irskoj. Medicinske sestre su svaku tvrdnju ocjenjivale na ljestvici od 1 (uopće se ne slažem) do 4 (potpuno se slažem), a prosječna vrijednost je 2,5. **Da je rezultat iznad 2,5 moglo bi se reći da medicinske sestre pokazuju tendenciju slaganja s dotičnom tvrdnjom o njihovom radnom okruženju i obrnuto.**

Kadrovska politika i adekvatnost resursa

Prosječna vrijednost rezultata odgovora svih bolnica po tvrdnjama iz ovog dijela upitnika bila je 2,04 što je najniži rezultat od svih 5 dijelova. Ovaj rezultat zapravo i nije veliko iznenađenje s obzirom na trenutnu obustavu zapošljavanja i smanjenje financiranja bolnica (podaci prikupljeni tijekom 2009. i 2010.). Međutim, treba istaći dosljednost rezultata koja se pojavljuje kod velikih akutnih bolnica.

Graf 13. prikazuje kako su medicinske sestre u sudjelujućim bolnicama ocijenile kadrovsku politiku i adekvatnost resursa. Crvena linija (2,5) pokazuje razinu iznad koje se rezultati mogu interpretirati kao pozitivni. Kao što se može primjetiti, samo u trima od 30 velikih akutnih bolnica iz ovog istraživanja (5, 17 i 18) medicinske sestre ispitanici kadrovsku su politiku i adekvatnost resursa ocijenile pozitivno.

Graf 13. Kadrovska politika i adekvatnost resursa (prosječna vrijednost)

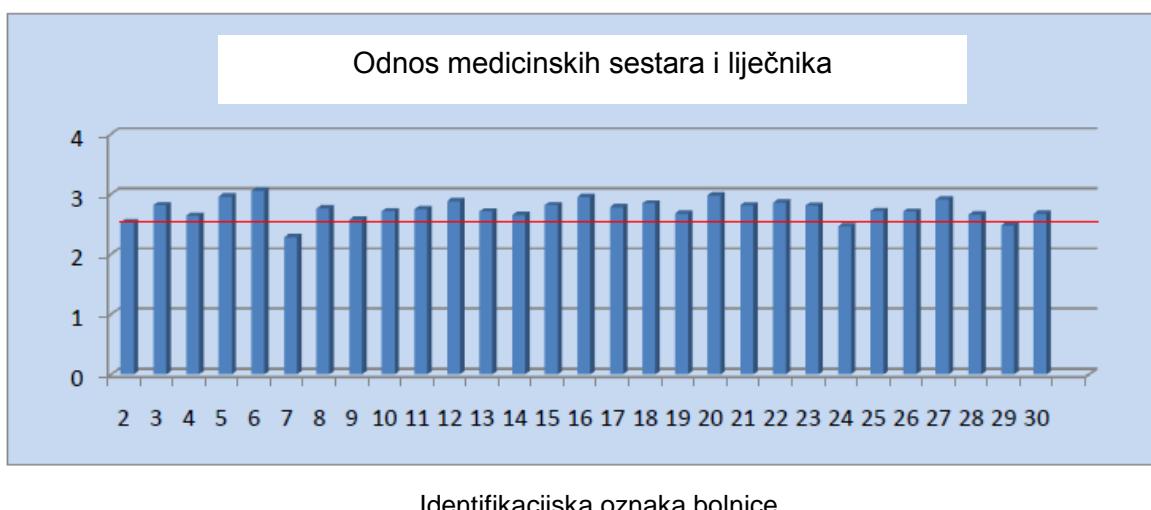


S obzirom na stalnu politiku obustave zapošljavanja u zdravstvu, broj zaposlenika vjerojatno se smanjio od vremena prikupljanja podataka.

Kolegijalni odnosi između medicinskih sestara i lječnika

Ovaj dio upitnika mjeri timski rad između dvije ključne grupe zaposlenika u zdravstvenom sektoru. Učinkoviti timski rad može poboljšati kvalitetu zdravstvene njegе koja se pruža pacijentu kao i radno okruženje zaposlenika. Prosječna vrijednost rezultata za tvrdnje iz ovog dijela upitnika svih bolnica iznosila je 2,73. Graf 14. prikazuje kako su medicinske sestre u bolnicama ocijenile odnos koji postoji između medicinskih sestara i lječnika i medicinskog osoblja. Crvena linija (2,5) pokazuje razinu iznad koje se rezultati mogu smatrati pozitivnima.

Graf 14. Odnosi između medicinskih sestara i lječnika (srednja vrijednost)



Menadžerske sposobnosti medicinskih sestara, vodstvo i potpora ostalih sestara

Ovaj dio upitnika ispituje upravljanje na razini organizacijske jedinice i vodstvo te potporu koju medicinske sestre imaju u toj organizacijskoj jedinici. Prosječna vrijednost rezultata za ovu česticu iznosila je 2,70. Crvena linija (2,5) pokazuje razinu iznad koje se rezultati mogu smatrati pozitivnima. Kako se može vidjeti iz Grafa 15. medicinske sestre su sposobnost, vodstvo i potporu koju dobivaju u toj organizacijskoj jedinici od medicinskih sestara na rukovodećim pozicijama općenito ocijenile pozitivnima. Ovo se čini vrijednim i značajnim nalazom i vjerojatno je odraz sredstava utrošenih za edukaciju o kliničkom upravljanju u sustavu zdravstva u Irskoj u zadnjih deset godina. Međutim, jasno je da postoji prostor za daljnja poboljšanja te da prosječni rezultati kriju razlike među bolnicama koje zatim treba dalje istraživati. U nekim su bolnicama prilično uočljive razlike između odjela. Voditelji odjela imaju značajan utjecaj na stvaranje i održavanje radnog okruženja medicinskog osoblja. Stoga kontinuirana pozornost i potpora ovoj grupi zaposlenika može poboljšati radno okruženje medicinskog osoblja.

Graf 15. Menadžerske sposobnosti medicinskih sestara, vodstvo i potpora

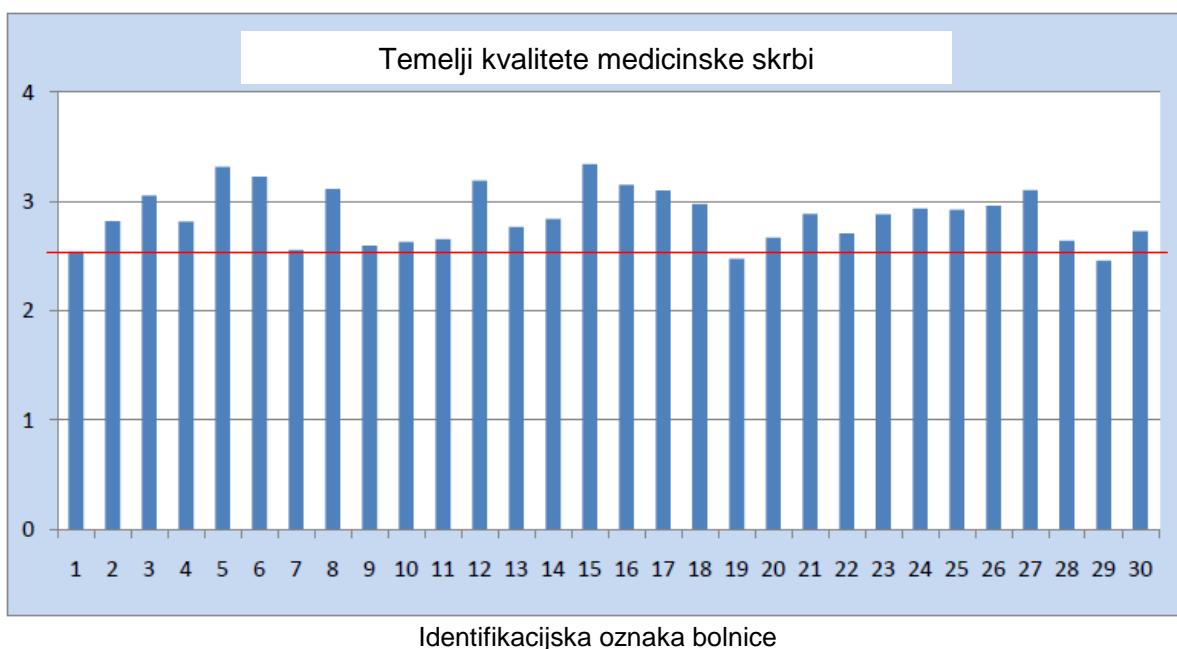


Temelji kvalitete medicinske njage

Ova tvrdnja ispituje uvjete osigurane za profesionalno napredovanje medicinskog osoblja u bolnici te očekivanja i zahtjeve koji se stavljaju pred medicinske sestre u pogledu organizacijskih pitanja.

Ovdje se ispituje vrijednost koja se pridaje sestrinstvu unutar organizacije općenito. Prosječna vrijednost rezultata za ovu tvrdnju iznosila je 2,88. Crvena linija (2,5) pokazuje razinu iznad koje se srednja vrijednost rezultata može smatrati pozitivnom.

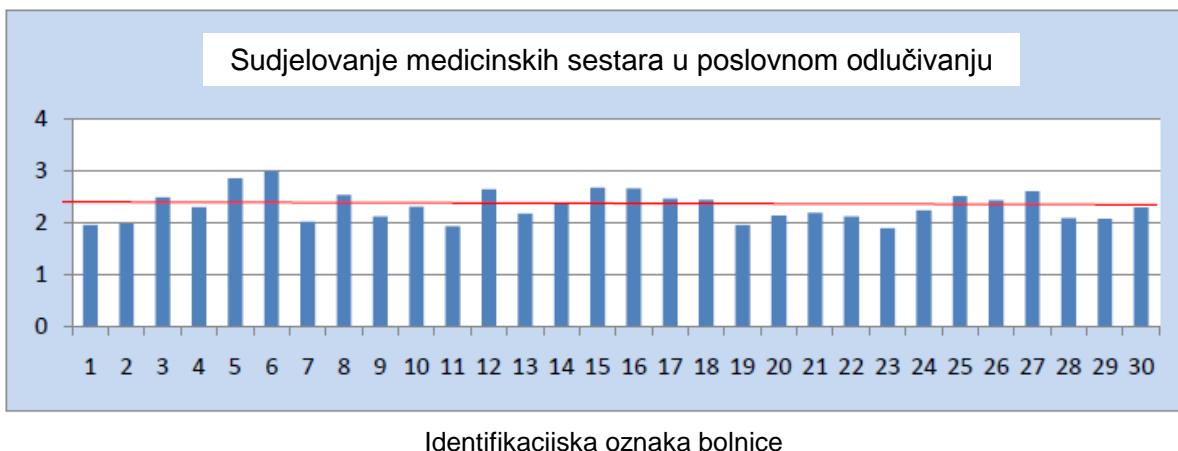
Graf 16. Temelji kvalitete medicinske skrbi



Sudjelovanje medicinskih sestara u poslovnom odlučivanju

Ova tvrdnja ispituje percepciju medicinskih sestara o sudjelovanju medicinskih sestara u poslovnom upravljanju bolnicom. Ona ispituje status medicinskih sestara na rukovodećim pozicijama unutar organizacije, a time i status sestrinstva. Prosječna vrijednost rezultata za ovu tvrdnju iznosila je 2,33. Prosječne vrijednosti odgovora medicinskih sestara u bolnicama prikazane su Grafom 17. Crvena linija (2,5) pokazuje razinu iznad koje se rezultati mogu smatrati pozitivnima. Kako je vidljivo iz Grafa 17. medicinske sestre odgovarajući na ovu tvrdnju, iskazale su da je razina sudjelovanja medicinskih sestara u poslovnom odlučivanju niska.

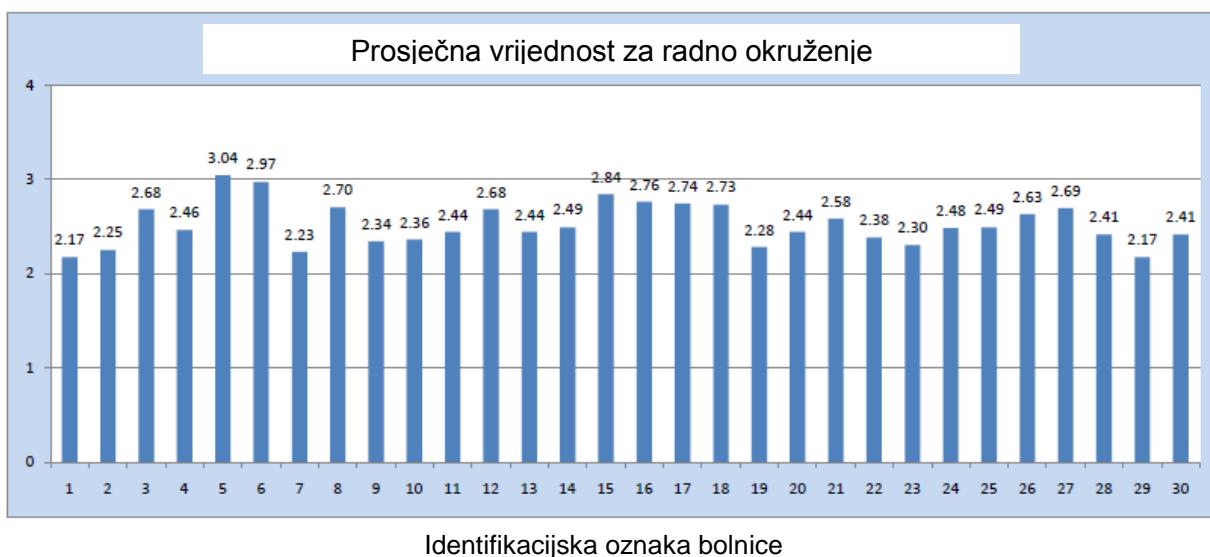
Graf 17. Sudjelovanje medicinskih sestara u poslovnom odlučivanju



Ukupni rezultat za radno okruženje medicinskih sestara

Nedavna istraživanja kao npr. Mallidou et al (2011) i Weinberg et al (2012) pokazuju pozitivan doprinos koji dobro radno okruženje daje glede medicinske njene visoke kvalitete i sigurnosti. Bolnice se svrstavaju u kategorije ustanova koje imaju "bolje", "mješovito" ili "loše" radno okruženje, a na temelju kvartila izračunatih pomoću srednje vrijednosti rezultata za sve bolnice na Ljestvici radnog okruženja. Najviši kvartil predstavlja "bolja" radna okruženja, donji kvartil označava "lošija" radna okruženja, a dva srednja kvartila označavaju "mješovita" radna okruženja. Graf 18. prikazuje opće rezultate bolnica, od kojih posebice tri bolnice u ovom istraživanju imaju "bolja" radna okruženja s rezultatom od 2,84 ili iznad.

Graf 18. Radno okruženje medicinskih sestara (prosječna vrijednost)



Ishodi rada medicinskih sestara

Ishodi rada medicinskih sestara mjereni u ovom istraživanju uključuju kako slijedi:

- izgaranje na poslu (emocionalna iscrpljenost)
- zadovoljstvo poslom medicinskih sestara
- namjeru napuštanja radnog mjesta
- spremnost davanja preporuke za bolnicu

Izgaranje na poslu

Upitnik izgaranja na poslu Christina Maslach (MBI) kako su ga opisali Maslach, Jackson i Leiter (1996) zlatni je standard za mjerjenje izgaranja uvjetovano poslom. Upitnik MBI sadrži 22 čestice o tri aspekta izgaranja na poslu (emocionalna iscrpljenost, manjak osobnog postignuća i depersonalizacija). Svaki od tri aspeka mjeri se Likertovom ljestvicom sa sedam stupnjeva ("nikad", "nekoliko puta godišnje ili manje", "jednom mjesечно ili manje", "nekoliko puta mjesечно", "jednom tjedno", "nekoliko puta tjedno", "svaki dan"). Jednim svojim dijelom upitnik mjeri emocionalnu iscrpljenost za koju se smatra da je najpouzdaniji pokazatelj izgaranja na poslu. Veće vrijednosti u ovom dijelu upitnika predstavljaju povećani stupanj emocionalne iscrpljenosti (9 čestica, maksimalni rezultat = 54).

RN4CAST pilot istraživanje u četiri belgijske bolnice (Bruyneel et al., 2009) pokazalo je da je pozitivnija percepcija faktora "Kadrovska politika i adekvatnost resursa" povezana s četverostrukim smanjenjem neobičnih razloga u izvještajima o izgaranju na poslu.

Emocionalna iscrpljenost

Ovaj dio upitnika sadrži 9 tvrdnji:

- Osjećam se emocionalno iscrpljeno od posla.
- Na kraju radnog dana se osjećam istrošeno.
- Osjećam umor ujutro kad se probudim i kad se moram suočiti s još jednim danom na poslu.
- Rad s ljudima cijeli dan za mene stvarno predstavlja napor.
- Osjećam se izgorenio od posla.
- Moj me posao frustrira.
- Osjećam da na poslu radim previše.
- Izravan rad s ljudima za mene predstavlja preveliki stres.
- Osjećam da sam na izmaku snaga.

Graf 19. prikazuje rezultate bolnica na tvrdnjama iz ovog upitnika. Rezultati za tvrdnje iz ovog upitnika mogu se interpretirati na sljedeći način:

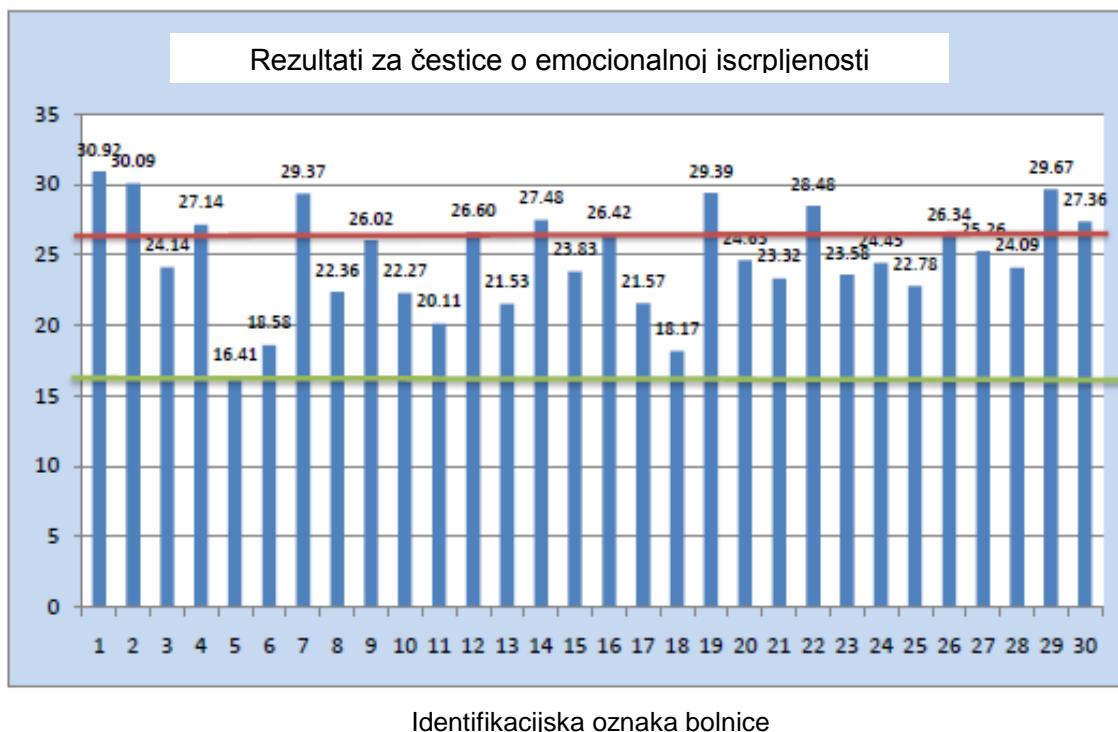
od 0-16 = niska razina emocionalne iscrpljenosti

od 17-26 = srednja razina emocionalne iscrpljenosti

> 27 = visoka razina emocionalne iscrpljenosti

Crvene linije u Grafu 19. pokazuju gornje prelomne točke i namijenjene su kao pomoć pri interpretaciji rezultata.

Graf 19. Rezultati čestica o emocionalnoj iscrpljenosti (prosječna vrijednost)



Rezultati iznad crvene linije ukazuju na visoku razinu emocionalne iscrpljenosti ($>=27$)
Rezultati ispod zelene linije ukazuju na nisku razinu emocionalne iscrpljenosti ($<=16$)

Kao što se može vidjeti iz Grafa 19. medicinske sestre u 29 od 30 akutnih bolnica iskazale se srednju do visoku razinu emocionalne iscrpljenosti. Medicinske sestre u devet bolnica tj. skoro jedna trećina većih akutnih bolnica u Irskoj iskazale su visoku razinu emocionalne iscrpljenosti. Ovaj nalaz konzistentan je s percepcijom medicinskih sestara ispitanika o kadrovskoj politici i adekvatnosti resursa. Ovakav nalaz trebao bi pobuditi ozbiljnu zabrinutost glede dobrobiti ovih medicinskih sestara. Ovime je pobuđen i veći interes u pogledu trenutne situacije s obzirom na stalnu politiku obustave zapošljavanja i smanjivanja budžeta, unatoč povećanim potrebama u sektoru akutnih bolnica prisutnima od vremena prikupljanja podataka u 2009. i 2010. godini.

Zadovoljstvo poslom medicinskih sestara

Zadovoljstvo poslom medicinskih sestara predmet je brojnih radova i istraživanja na međunarodnoj razini. Za pregled opširne literature upućujemo na *Job satisfaction among nurses: a literature review* (Zadovoljstvo poslom među medicinskim sestrama: pregled literature) (Lu, 2005, Lu et al 2012). Važno je uzeti u obzir da je nekoliko prethodno opisanih čimbenika u radnom okruženju medicinskih sestara izravno ili neizravno povezano sa zadovoljstvom na poslu. RN4CAST pilot istraživanje u četiri belgijske bolnice (Bruyneel et al., 2009) pokazalo je da je pozitivnija percepcija faktora "Kadrovska politika i adekvatnost resursa" povezana s tri puta većom vjerojatnosti izjašnjavanja o velikom zadovoljstvu poslom. Isto tako, pozitivnija percepcija čimbenika "kolegijalni odnos između medicinskih sestara i liječnika" povezana je s dva i pol puta većom vjerojatnosti izjašnjavanja o zadovoljstvu poslom.

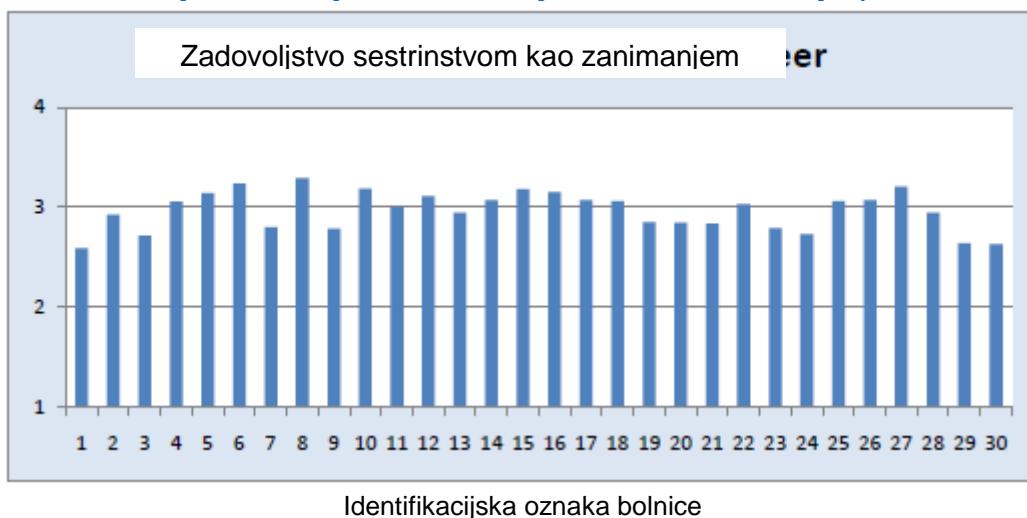
U ovom istraživanju medicinske sestre su odgovarale na pitanje koliko su zadovoljne trenutnim poslom (pomoću ljestvice: **1 = vrlo nezadovoljna, 2 = donekle nezadovoljna, 3 = umjereni zadovoljna, 4 = vrlo zadovoljna**). Graf 20. prikazuje rezultate po bolnicama (prosječna vrijednost 2,54). Kao što je vidljivo, mnoge medicinske sestre, sudionici u istraživanju, nezadovoljne su svojim poslom. Medicinske sestre u dvije od 30 bolnica iskazale se visoku razinu nezadovoljstva, sestre u dvije bolnice u prosjeku su umjereni zadovoljne, dok su sestre u ostalih 26 bolnica u prosjeku donekle nezadovoljne. Kod ni jedne od bolnica medicinske sestre ispitanici nisu iskazali visoku razinu zadovoljstva na poslu. Ove podatke treba interpretirati u kontekstu broja medicinskih sestara koje su sudjelovale u anketiranju po pojedinoj bolnici (vidi Tablicu 7.). No, ovi nalazi o zadovoljstvu poslom konzistentni su i s razinom emocionalne iscrpljenosti koju su iskazale medicinske sestre ove kohorte i s njihovim percepcijama o kadrovskoj politici i adekvatnosti resursa.

Graf 20. Razine zadovoljstva poslom po bolnicama



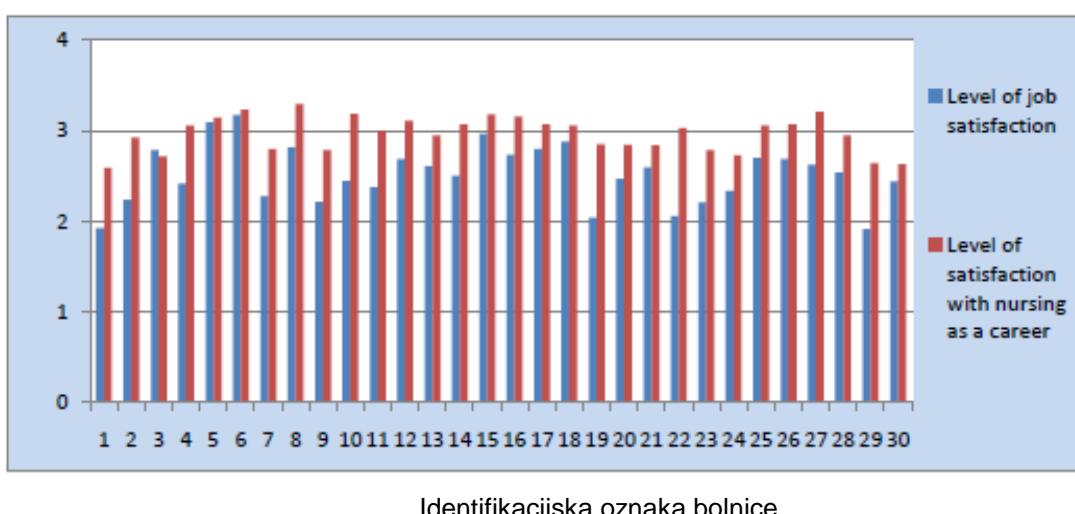
Medicinske sestre u ovom su istraživanju odgovarale i na pitanja o zadovoljstvu vezanim za sestrinstvo kao zanimanje. Za iskazivanje zadovoljstva ispitanicima je ponuđena ljestvica od 1 do 4 (**1 = vrlo nezadovoljna, 2 = donekle nezadovoljna, 3 = umjerenog zadovoljna, 4 = vrlo zadovoljna**). Graf 21. prikazuje rezultate po bolnicama. Prosječna vrijednost odgovora iznosila je 2,96 ukazujući na činjenicu da medicinske sestre općenito imaju pozitivniji stav o sestrinstvu kao zanimanju nego stav odnosno zadovoljstvo trenutnim poslom. Kako je ovo pozitivan nalaz, razine nezadovoljstva koje su iskazane u pogledu sestrinstva kao zanimanja trebale bi biti upozorenje u vezi s budućom stopom zadržavanja i zapošljavanja u sestrinstvu kao zanimanju u Irskoj.

Graf 21. Razina zadovoljstva sestrinstvom kao zanimanjem (1 = vrlo nezadovoljan, 2 = donekle nezadovoljan, 3 = umjerenog zadovoljan, 4 = vrlo zadovoljan).



U nekim bolnicama postoji znakovita razlika između toga koliko su medicinske sestre zadovoljne odabirom svojega zanimanja i koliko su zadovoljne svojim trenutnim poslom. Ta razlika prikazana je Grafom 22.

Graf 22. Usporedba prosječne vrijednosti rezultata po bolnicama za zadovoljstvo poslom (plavo) i zadovoljstvo sa sestrinstvom kao zanimanjem (crveno)



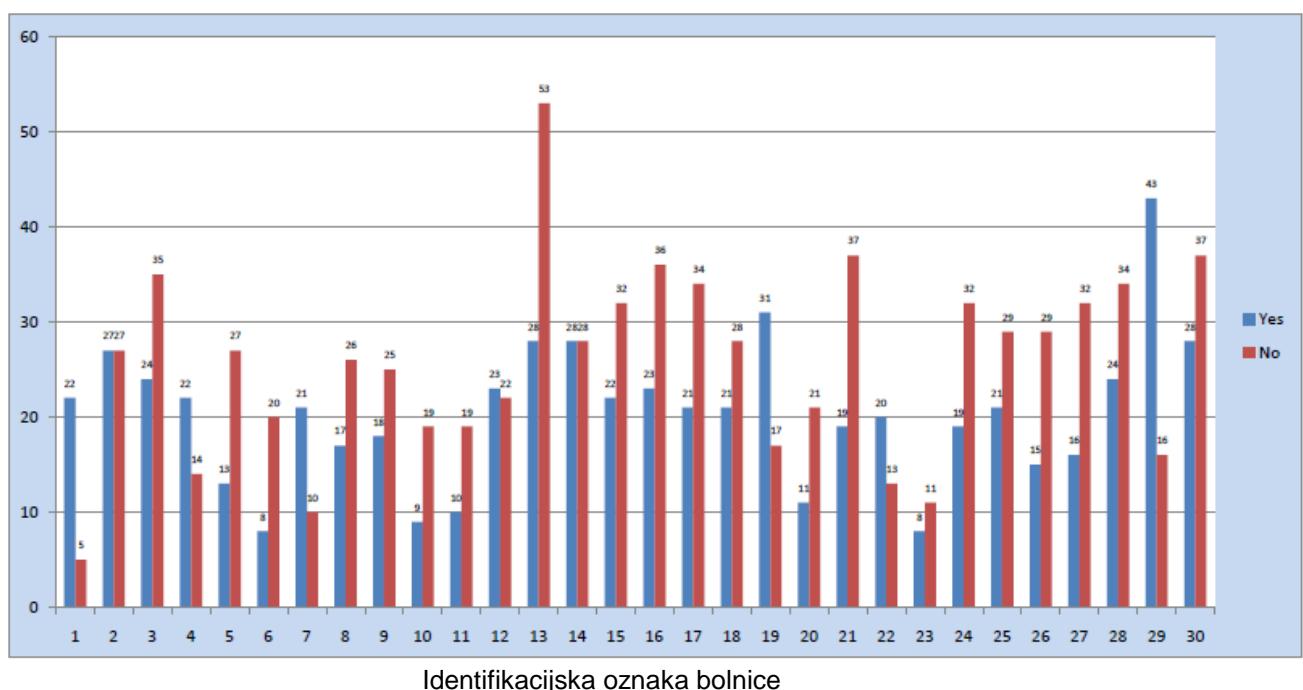
Legenda:

- razina zadovoljstva poslom
- razina zadovoljstva sestrinstvom kao zanimanjem

Namjera napuštanja radnog mesta

Jedno od pitanja u ovom istraživanju upućeno medicinskim sestrama odnosilo se na namjeru napuštanja radnog mesta zbog nezadovoljstva poslom tijekom sljedeće godine, ukoliko bi to bilo moguće. U Tablici 23. prikazan je broj medicinskih sestara po bolnici koje su na ovo pitanje odgovorile "da" ili "ne". Pri interpretaciji odgovora na ovo pitanje važno je uzeti u obzir ukupan broj odgovora iz svake bolnice (vidi Tablicu 7.).

Graf 23. Namjera napuštanja radnog mesta: broj ispitanika po svakom odgovoru po bolnici



Legenda:

- █ da
- █ ne

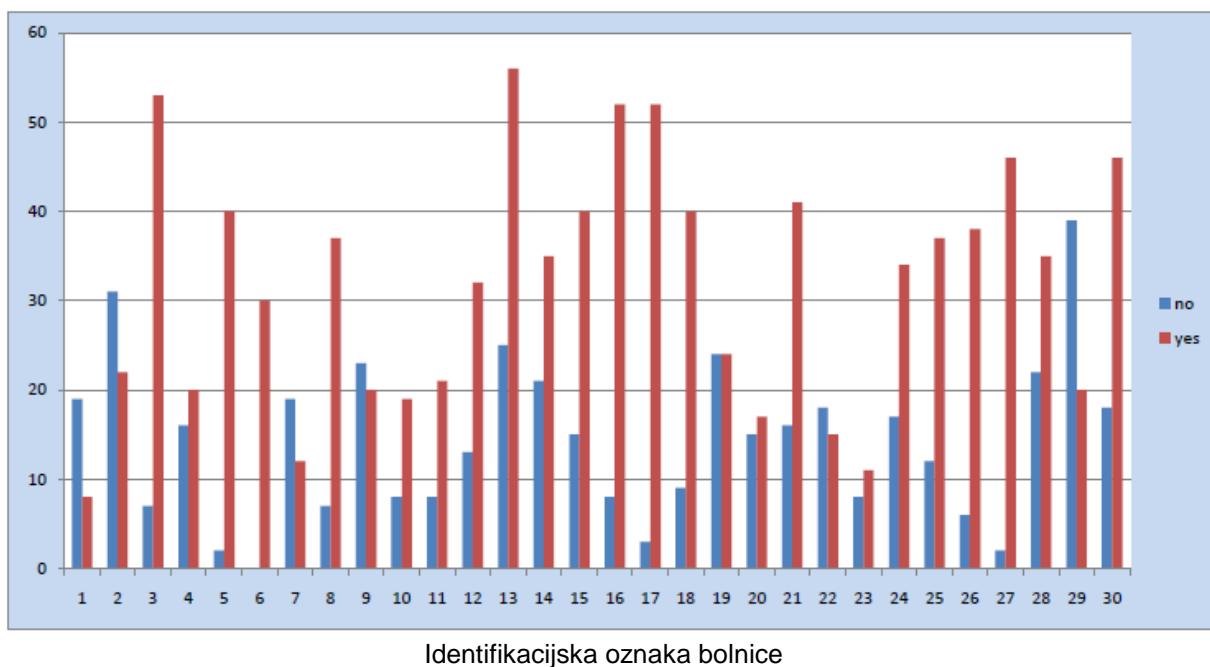
Za pregled opširne literature o namjeri medicinskih sestara da napuste radno mjesto ili zanimanje medicinske sestre upućujemo na *Nurse turnover: a literature review* (Fluktuacija broja medicinskih sestra: pregled literature) (Hayes et al, 2006).

Davanje preporuke za bolnicu

Jedno od pitanja postavljeno ispitanicima bilo je da li bi svojoj kolegici / svojem kolegi po struci preporučili bolnicu kao dobro radno mjesto. Njihovi odgovori, koji su bili "da" ili "ne", zabilježeni su i prikazani Grafom 24.

Kao što možemo vidjeti iz grafa, u jednoj bolnici (Bolnica 6) odgovori medicinskih sestara bili su potpuno pozitivni tj. svi ispitanici odgovorili su da bi preporučili njihovu bolnicu kolegici / kolegama po struci kao dobro mjesto za rad. Broj ispitanika u ovoj bolnici koji su odgovorili na ovo pitanje je 30 odnosno stopa odgovora je 58%. Iako se kod ove dotične bolnice mora uzeti u obzir stopa odgovora, ovi nalazi su interesantni iz nekoliko razloga. U grafu 20. možemo vidjeti da su ispitanici u ovoj bolnici iskazali najveće zadovoljstvo poslom - iako je razina iskazanog zadovoljstva još uvijek samo "umjereno zadovoljan". Međutim, u Grafu 22. možemo vidjeti da su ispitanici u ovoj bolnici iskazali visoku razinu podudarnosti u rezultatima za zadovoljstvo poslom i zadovoljstvo sa sestrinstvom kao zanimanjem. Kao što pokazuje Graf 23., od svih 30 bolnica medicinske sestre u Bolnici 6 imale su jedan od dva najniža rezultata za "namjeru napuštanja radnog mjesta". Ta bolnica ujedno ima drugi najviši rezultat za prosječnu vrijednost rezultata za ocjenjivanje radnog okruženja (Graf 18.). U 22 od 30 bolnica zabilježen je veći broj ispitanika čiji odgovor je na ovo pitanje bio "da". Ovo je također zanimljiv nalaz s obzirom na iskazane razine emocionalne iscrpljenosti i nezadovoljstva poslom kako je prikazano Grafovima 19. i 20. U jednoj bolnici (Bolnica 19) odgovori su bili ravnomjerno raspoređeni između "da" i "ne", a u 6 bolnica (tj. jedna petina sudjelujućih bolnica) bilo je više odgovora "ne", nego odgovora "da". Rezultati pokazuju da je u 6 bolnica više od polovice medicinskih sestara - ispitanika po pojedinoj bolnici odgovorilo da ne bi preporučili svoju bolnicu kolegama po struci kao dobro mjesto za rad. Čini se da je ovo korisna poruka za upravu bolnice (uključujući voditelje medicinskih sestara).

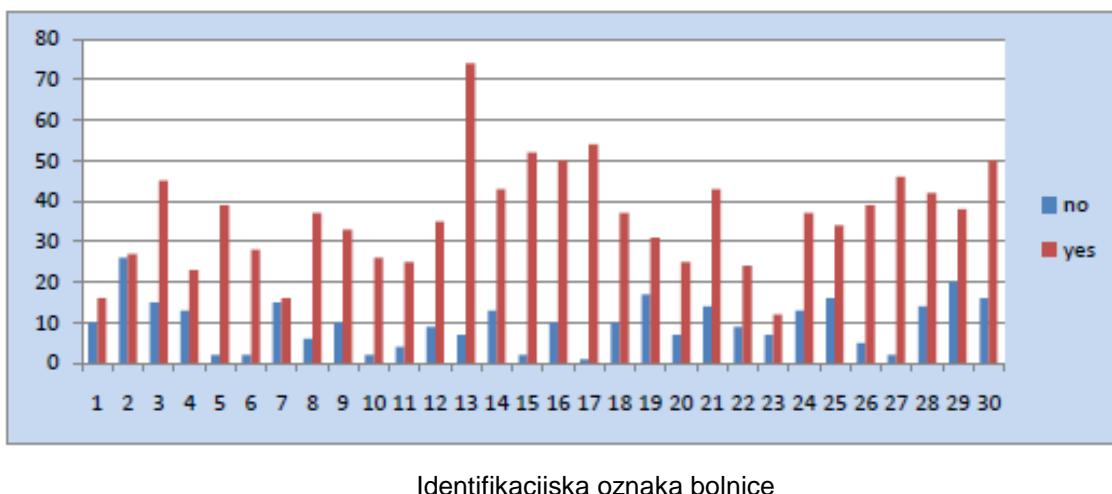
Graf 24. Broj medicinskih sestara koji bolnicu preporučuju kao dobro mjesto za rad



Legenda:

■ da
■ ne

Graf 25. Broj medicinskih sestara koje bi bolnicu preporučuju prijateljima ili obitelji u slučaju potrebe za bolničkom njegom



Identifikacijska oznaka bolnice

Veliki broj pozitivnih odgovora na ovo pitanje pokazuje se zanimljivim, ako se promatra zajedno s odgovorima ispitanika na pitanja o kadrovskoj politici i adekvatnosti resursa i emocionalnoj iscrpljenosti, te u odnosu na odgovore ispitanika prikazanih Grafom 24.

Ovi odgovori podudarni su s odgovorima ispitanika o kvaliteti njege - vidi Graf 26.

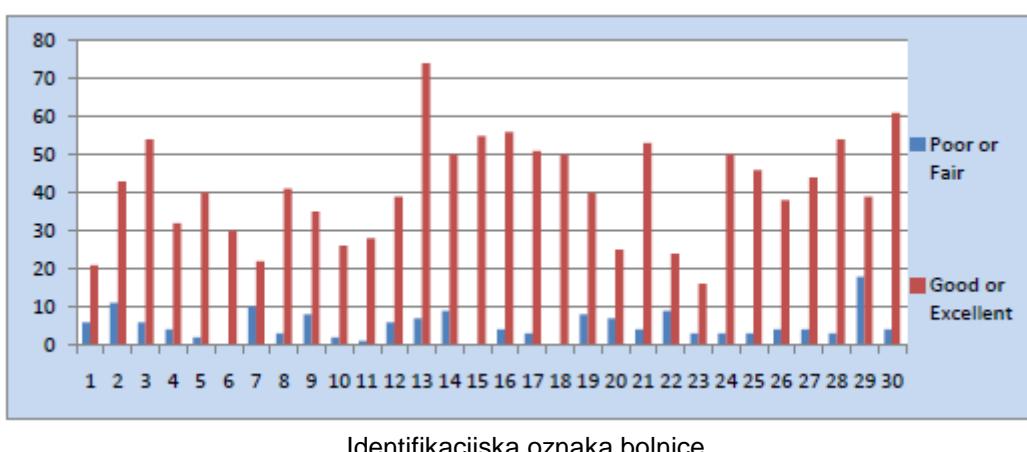
Odgovori ispitanika o sigurnosti i kvaliteti

U anketi za medicinske sestre zatražena je informacija u svezi s percepcijom medicinskih sestara koje su izravnom kontaktu s pacijentima o kvaliteti i sigurnosnim aspektima njihovog rada.

Kvaliteta njege na odjelima

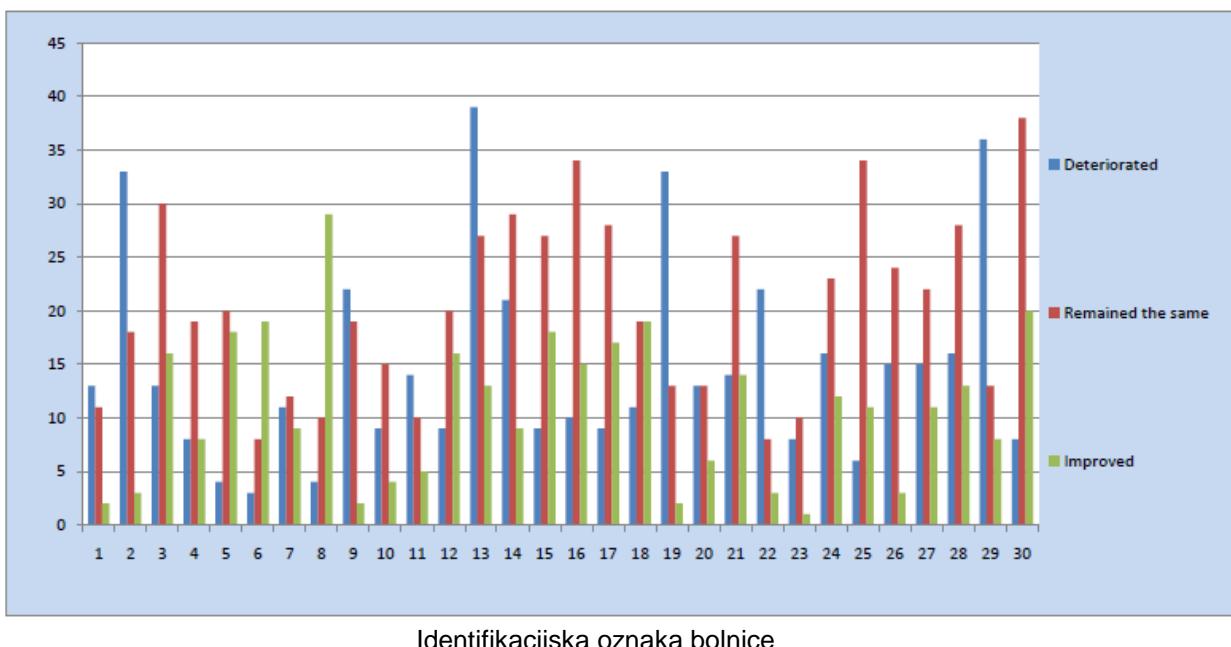
Ispitanici su kvalitetu njege pružene pacijentima na njihovim odjelima ocjenjivali kao "lošu", "osrednju", "dobru" ili "odličnu". Iako je 52 % ispitanika njegu ocijenilo dobrom, samo je 38 % ispitanika njegu na svojim odjelima ocijenilo odličnom. U Grafu 26. odgovori ispitanika podijeljeni su na one koji njegu ocjenjuju kao "dobru ili odličnu" i one koji ju ocjenjuju kao "lošu ili osrednju". Rezultate i ovdje treba interpretirati uvažavajući stopu odgovora u svakoj pojedinoj bolnici (vidi Tablicu 7.).

Graf 26. Broj ispitanika koji su kvalitetu njege na njihovim odjelima ocijenili ili "dobrom ili odličnom" (crveno) ili "lošom ili osrednjom" (plavo).



Medicinske sestre su također ocjenjivale kakva je razina kvalitete njege u bolnici bila u prošloj godini: "pogoršala se", "ostala ista" ili je "poboljšana". Graf 27 prikazuje odgovore svih sudjelujućih bolnica. Ovaj graf prikazuje broj ispitanika koji su odgovorili na ovo pitanje i te rezultate treba interpretirati uz uvažavanje ukupnog broj odgovora iz svake bolnice.

Graf 27. Broj ispitanika koji su ocjenjivali trend u kvaliteti njeve u prošloj godini

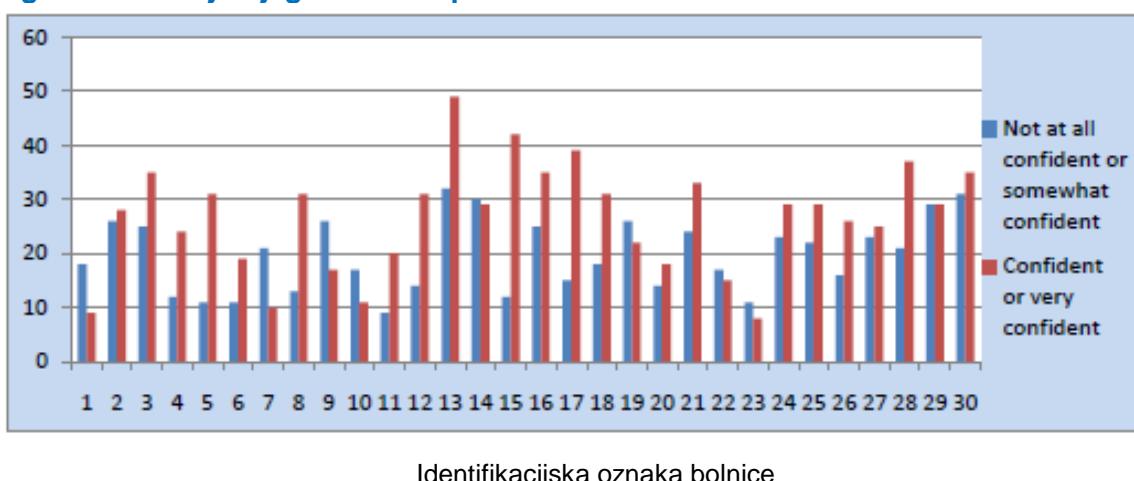


Legenda:

- █ pogoršala se
- █ ostala ista
- █ poboljšala se

Drugo mjerilo kvalitete bilo je percepcija medicinskih sestara o sposobnosti pacijenata da upravljaju i organiziraju svoju njegu nakon otpusta iz bolnice. Od ispitanika u ovom istraživanju zatražilo se da iskažu koliko su uvjereni da će njihovi pacijenti biti sposobni snaći se glede daljnje njeve nakon otpusta iz bolnice. Graf 28. prikazuje trendove u odgovorima ispitanika po bolnicama na način da su odgovori grupirani u dvije kategorije: "siguran sam" ili "vrlo sam siguran" i "nisam siguran" ili "donekle sam siguran". Zanimljivo je promatrati razlike u odgovorima ispitanika u glavnim akutnim bolnicama u Irskoj.

Graf 28. Broj ispitanika koji su sigurni (ili nisu sigurni) da će pacijenti biti sposobni organizirati svoju njegu nakon otpusta iz bolnice



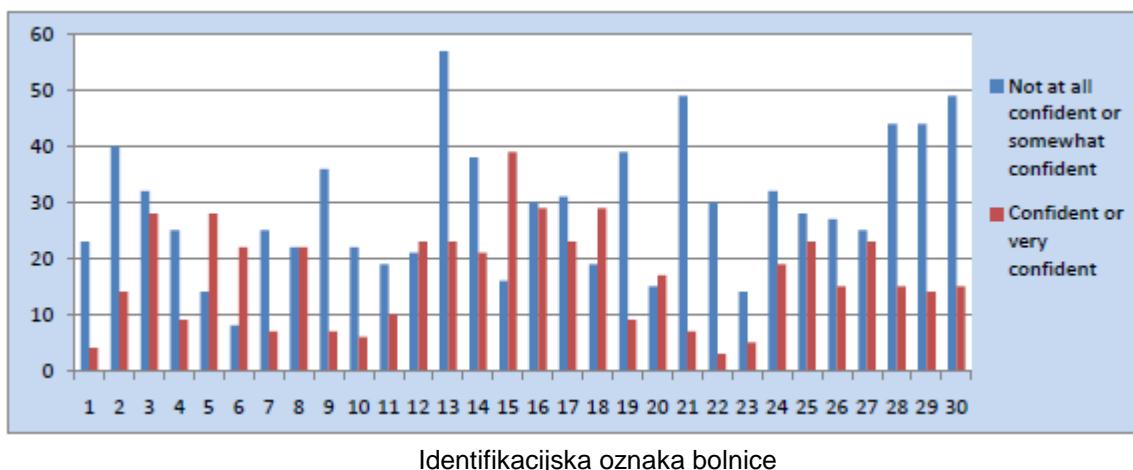
Legenda:
█ nisam siguran ili donekle sam siguran
█ siguran sam ili vrlo sam siguran

Treba naglasiti da većina ispitanika u 8 od 30 sudjelujućih bolnica (26,7 %) nije sigurno da će njihovi pacijenti biti sposobni organizirati svoju njegu nakon otpusta iz bolnice. Ovo može biti pokazatelj i posljedica povećane zauzetosti bolničkih kapaciteta na odjelima akutne medicinske skrbi i kirurgije kao i politike u sektoru zdravstva da se smanji trajanje boravka pacijenata u bolnicama. Utjecaj politike da se smanji boravak pacijenata u bolnicama trebalo bi stalno nadgledati u pogledu štetnih posljedica na ishode liječenja pacijenata, npr. povećanje stope ponovnog prijema u bolnicu što je trenutno predmet praćenja u nekim akutnim bolnicama.

Pouzdanost da će uprava bolnice poduzeti radnje za rješavanje problema

Percepcija medicinskih sestara o potpori koju bi dobile od uprave bolnice kad bi prijavile problem glede njege pacijenta važan je pokazatelj kulture sigurnosti unutar bolnice. Od medicinskih sestara u ovom istraživanju zatraženo je iskažu razinu pouzdanosti u pogledu ovog pitanja. Graf 29. prikazuje broj medicinskih sestara u bolnicama koje su iskazale da su "sigurne" ili "vrlo sigurne", i one koje su iskazale da "nisu sigurne" ili da su "donekle sigurne" u potporu i postupanje uprave bolnice. Rezultate i ovdje treba interpretirati uvažavajući stope odgovora u svakoj pojedinoj bolnici (vidi Tablicu 7.).

Graf 29. Broj sestara koje su sigurne (ili nisu sigurne) da će uprava bolnice poduzeti radnje za rješavanje problema u njezi pacijenata koje medicinsko osoblje prijavi upravi



Legenda:

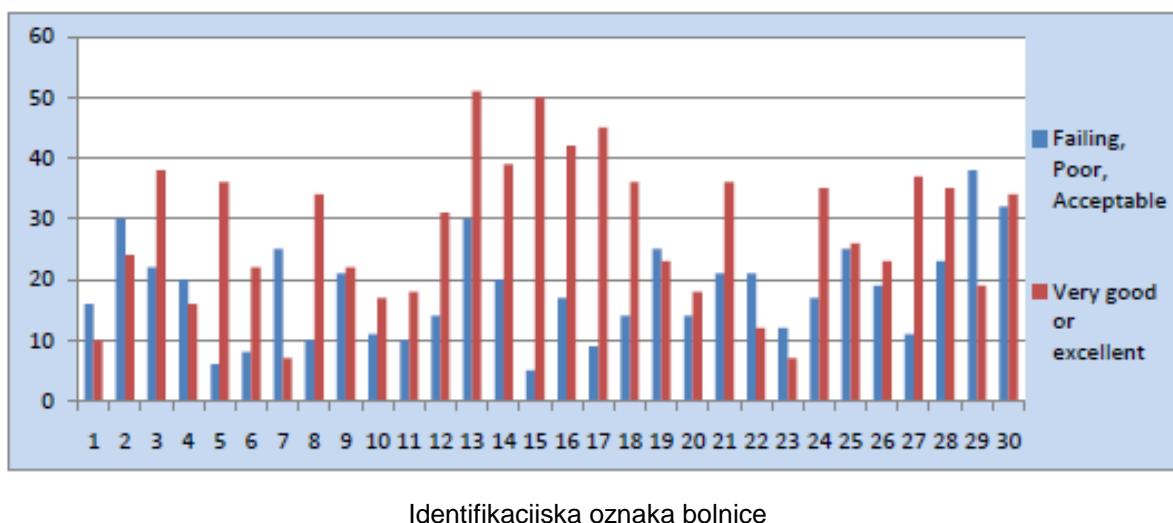
- donekle siguran ili uopće nisam siguran
- siguran ili vrlo siguran

Većina medicinskih sestara ispitanika u 23 od 30 većih irskih akutnih bolnica iskazala je da nije sigurna da će uprava bolnice reagirati na prijave problema u njezi pacijenata. Dakle, medicinske sestre ispitanici u 76,7 % sudjelujućih bolnica (tj. 74 % većih akutnih bolnica u Irskoj) iskazale su nedostatak povjerenja da će uprava u njihovim bolnicama reagirati na probleme u njezi pacijenata koje medicinsko osoblje uoči i prijavi upravi ili rukovodećem kadru. Suprotno tomu, ispitanici iz šest od sudjelujućih bolnica (20 %) iskazali su da postoji povjerenje da će uprava reagirati na takve prijave. Ovo je zabrinjavajući nalaz i čini se da bi mogao zahtijevati hitnu pozornost od strane uprave bolnice. Inicijativa i rukovođenje aspektima kvalitete i sigurnosti mora dolaziti od menadžera unutar organizacije (O. Toole 2002). Rezultati ispitivanja organizacijskih aspekata u ovom istraživanju pokazuju da irske bolnice sigurnosne aspekte organiziraju i rješavaju putem radnih mjesta i osoba zaduženih za sigurnost, obuku i nadzor. Međutim, ovo pitanje služi kao pravi indikator koliko su oni bili učinkoviti. Ako je medicinsko osoblje uvjereni u predanost i angažiranost uprave u pogledu sigurnosti, vjerojatnije je da će se angažirati oko sigurnosti pacijenta. Ovo angažiranje može se primijetiti kroz veći broj neželjenih događaja koje su prijavile medicinske sestre (Kirwan 2012). Rezultati ispitivanja stavova medicinskih sestara dobar su pokazatelj učinkovitosti organizacijskih nastojanja. Stoga bi ovi rezultati trebali poslužiti kao upozorenje bolnicama da rad na kvaliteti i sigurnosnim aspektima nije samo označavanje kvadratića na papiru s popisom kadrova, obuke i nadzora. Da bi se medicinsko osoblje uvjerilo u vjerodostojnost potrebna je stvarna i vidljiva predanost i angažiranost oko sigurnosti pacijenta od strane uprave.

Percepcija medicinskih sestara o sigurnosti pacijenta na odjelu

Od medicinskih sestara zatraženo je da ocijene sigurnost pacijenta na odjelima na kojima rade ocjenama od "loša sigurnost" do "odlična sigurnost". Samo je 15 % ispitanika izjavilo da je sigurnost pacijenta na njihovom radnom mjestu odlična dok je 46 % ispitanika sigurnost pacijenta ocijenilo vrlo dobrom. Graf 30. prikazuje rezultate svih bolnica i to broj ispitanika koji su sigurnost pacijenta na njihovom odjelu ocijenili bilo "vrlo dobrom" ili "odličnom", ili "slabom" i "lošom". Rezultate prikazane u ovom grafu također treba interpretirati uvažavajući stope odgovora po pojedinoj bolnici.

Graf 30. Percepcija medicinskih sestara o sigurnosti pacijenta na odjelu (broj sestara)



Legenda:

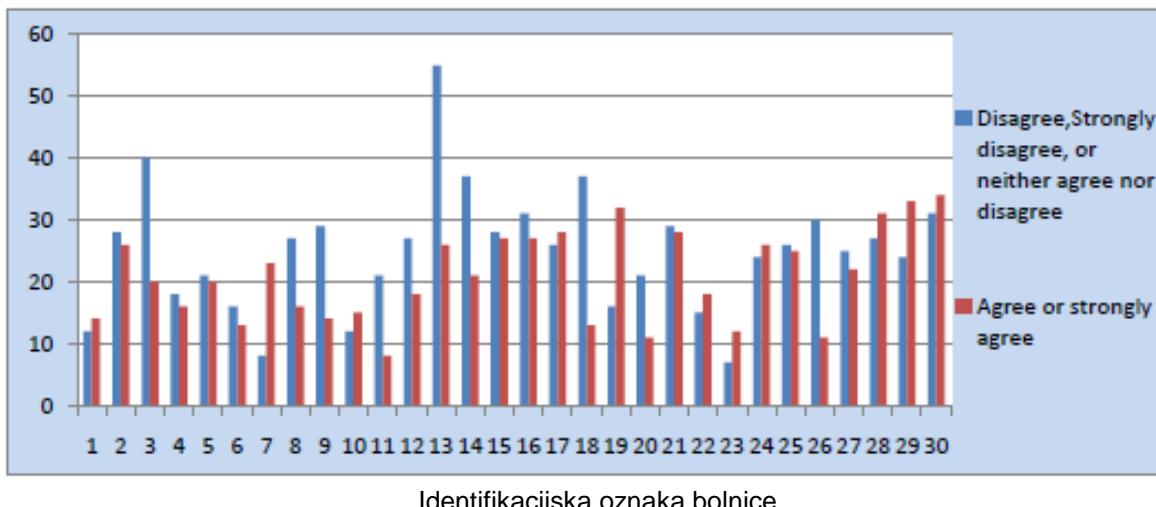
- loša, slaba, prihvatljiva
- vrlo dobra ili odlična

Kultura sigurnosti pacijenta

Upitnik za medicinske sestre sadržavao je neke pokazatelje organizacijske kulture sigurnosti kako to propisuje Agencija za istraživanje i kvalitetu u zdravstvu (2007), Upitnik za bolnice o kulturi sigurnosti pacijenta. Instrument je sadržavao nekoliko tvrdnji, a od ispitanika je zatraženo da iskažu svoje slaganje s tvrdnjama koje su se ticalile njihovog radnog okruženja.

U Grafu 31. prikazani su rezultati svih bolnica za tri od tih tvrdnji. U svakom od slučaja rezultati su podijeljeni u dvije kategorije ispitanika: one koji se "slažu" ili se "potpuno slažu" i one koji se "ne slažu" ili "uopće ne slažu" s tvrdnjama u vezi s njihovim radnim okruženjem. Rezultate prikazane u ovim grafovima također treba interpretirati uvažavajući stope odgovora po pojedinoj bolnici.

Graf 31. Medicinsko osoblje smatra da se njihove greške koriste protiv njih

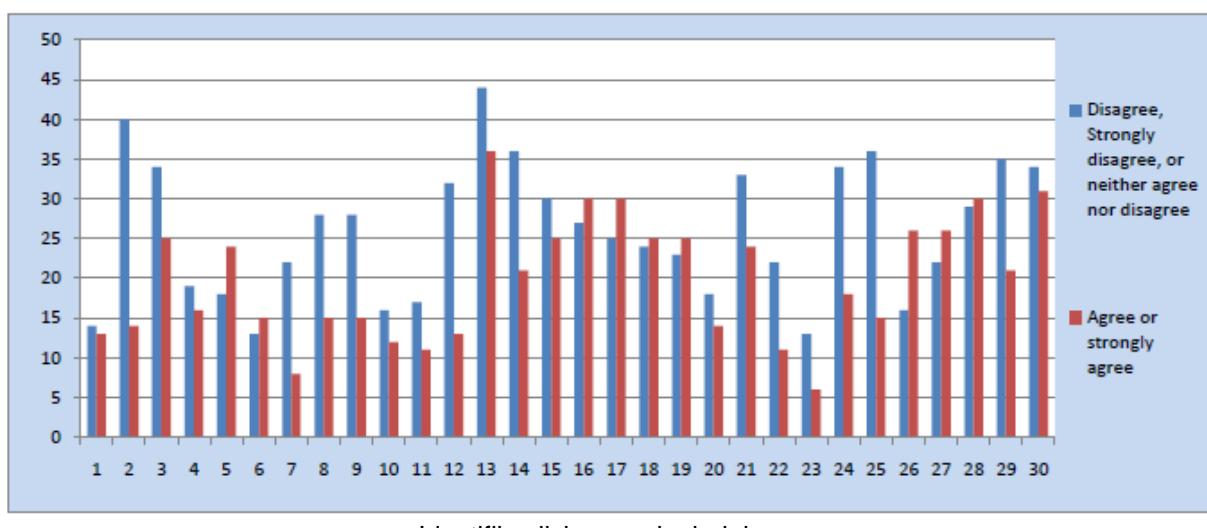


Legenda:

- ne slažem se, uopće se ne slažem, niti se slažem, niti ne slažem
- slažem se ili potpuno se slažem

U 11 bolnica veći broj ispitanika iskazao je da se slaže s ovom tvrdnjom u odnosu na one koji se s njom ne slažu. Ovi rezultati koji su dobiveni nekoliko godina nakon izvješća o Istrazi o peripartalnoj histerektomiji u bolnici Our Lady of Lourdes Hospital Drogheda (DoHC 2006), prilično su razočaravajući, pokazujući da mnoge bolnice i dalje svojem medicinskom osoblju prezentiraju kaznene aspekte glede sigurnosnih pitanja.

Graf 32. Medicinsko osoblje preispituje odluke ili postupanje upravnih tijela

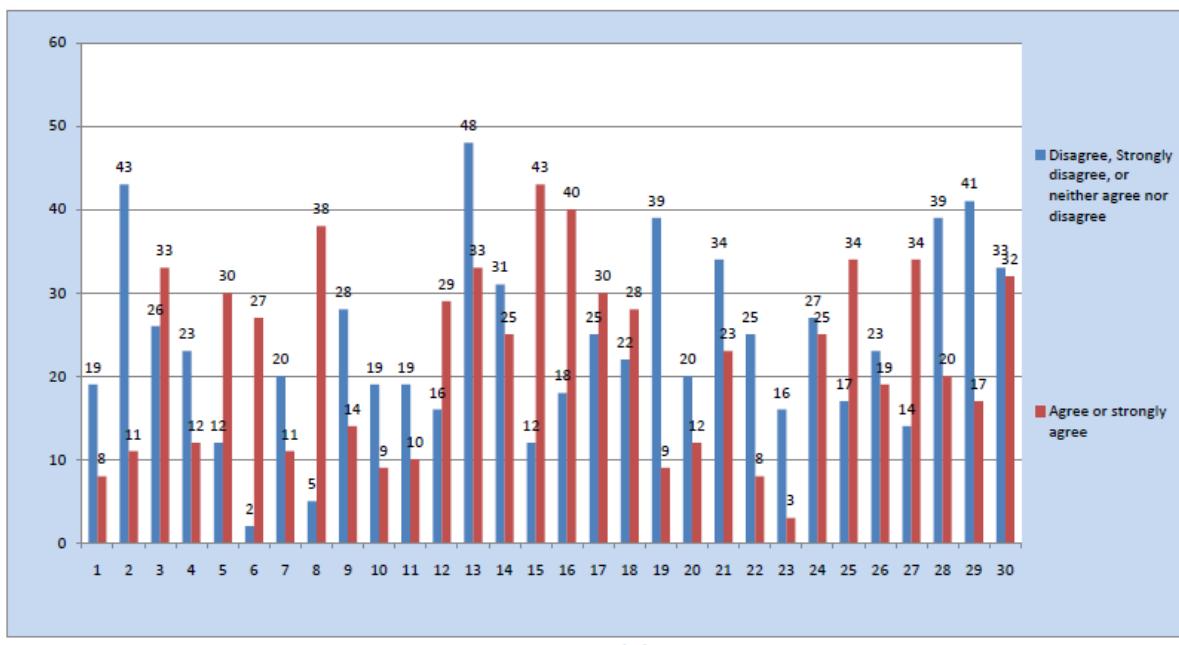


Legenda:

- ne slažem se, uopće se ne slažem, niti se slažem, niti ne slažem
- slažem se ili potpuno se slažem

U 21 bolnici veći broj ispitanika se ne slaže s ovom tvrdnjom. Ovaj rezultat također bi trebao biti razlog za zabrinutost jer nedostatak slobode preispitivanju odluke upravnih tijela predstavlja sigurnosni rizik (Institute of Medicine, 1999).

Graf 33 Postupanje uprave bolnice pokazuje da sigurnost pacijenta ima najveći prioritet



Legenda:

- ne slažem se, potpuno se ne slažem, niti se slažem, niti ne slažem
- slažem se ili potpuno se slažem

Ovaj graf je pokazatelj kako medicinsko osoblje uočava i shvaća napore uprave u vezi sa sigurnošću: u naprijed prikazanim rezultatima vidimo doista impresivne podatke (bolnice 6, 8, 15), ali i neke jako loše (2, 19, 23). Ovi rezultati su podudarni s nalazima prikazanim u Grafu 29. o percepciji medicinskih sestara o angažiranosti uprave i rukovodećih osoba u pogledu sigurnosnih aspekata. Ovi rezultati ukazuju da je potrebna veća transparentnost ove angažiranosti.

Nastupanje neželjenog događaja

U anketnom upitniku ispitanicima je dan popis neželjenih događaja s uputom da označe koliko često se dogodio svaki od događaja u kojem su oni ili njihovi pacijenti bili uključeni. Tablica 8. prikazuje rezultate za događaje na tom opisu na nacionalnoj razini. Promatrano po bolnicama varijabilitet je nizak, a distribucija podataka je asimetrična. Veliki broj ispitanika izjavio je da se neželjeni događaji rijetko pojavljuju. Iz tog razloga bilo je teško prikazati rezultate za bolnice na vrlo informativan način. Ovi bi rezultati se mogli promatrati s oprezom jer je nedovoljno prijavljivanje neželjenih događaja opći problem (Reason 2000, Johnstone i Kaanitski 2006). Na primjer, rezultati ovog istraživanja pokazuju da je na pitanje, koliko često su pacijenti dobili krivu medikaciju ili medikaciju u pogrešno vrijeme, 28 % ispitanika dalo odgovor "nikad".

Međutim, kad su u istraživanju odgovarali na pitanje o poslovima koji su ostali neobavljeni u posljednjoj odrađenoj smjeni, 18 % ispitanika medicinskih sestara odgovorilo je da pacijentu nisu na vrijeme dale lijekove zbog vremenskog ograničenja. Tvrđiti da se neželjeni događaji pojavljuju rijetko kako bi to ovi rezultati ukazivali, čini se pomalo nerealnim. Moguće je da medicinske sestre iz različitih razloga nisu bile voljne priznati veći broj pojavljivanja neželjenih događaja. Ovo može biti povezano s nedostatkom povjerenja u upravu ili povjesno uvjetovanom atmosferom u pogledu kaznenih aspekta rada u zdravstvu. Prema nedavnom istraživanju u SAD-u medicinsko osoblje često nije sigurno što predstavlja neželjeni događaj koji treba prijaviti i to se povezuje i pripisuje nedovoljnom prijavljivanju istih. Tablica 9. sadrži prosječne rezultate svih bolnica i omogućava usporedbe među bolnicama. Ljestvica je rangirana od 0-6. Prosječna vrijednost za svaku česticu prikazana je na dnu svakog stupca.

Tablica 8. Odgovori na tvrdnje o nastupanju neželjenog događaja na nacionalnoj razini

Koliko često se dogodio svaki od niže navedenih događaja u kojem ste bili uključeni Vi ili Vaši pacijenti.		Odgovori po pojedinoj tvrdnji – u postocima						
		Nikad	Nekoliko puta godišnje	Jednom mjesечно	Nekoliko puta mjesечно	Jednom tjedno	Nekoliko puta tjedno	Svaki dan
Br. stavke	Stavka							
7.1.	Pacijent je primio pogrešnu medikaciju, u krivo vrijeme ili krivu dozu	27,7	56,2	8,5	4,4	1,2	1,2	0,7
7.2.	Dekubitus nakon prijema	28,1	62,4	7,3	1,5	0,3	0,4	0,1
7.3.	Pacijent je pao i ozlijedio se	10,1	54,6	22,0	9,3	2,3	1,5	0,2
7.4.1.	Infekcija urinarnog trakta	14,4	48,7	19,5	12,4	2,8	1,9	0,2
7.4.2.	Infekcija krvotoka	26,2	50,9	13,7	7,4	1,0	0,7	0,1
7.4.3.	Upala pluća	18,4	50,0	18,8	9,8	2,1	0,7	0,2
7.5.	Prigovori pacijenata i njihovih obitelji	7,8	45,2	21,0	13,1	4,8	4,7	3,4

Tablica 9. Prosječna vrijednost rezultata o stopi nastupanja neželjenog događaja po bolnicama

ID oznaka bolnice	Pacijent je primio pogrešnu medikaciju, vrijeme ili doza je bila kriva	Dekubitus nakon prijema u bolnicu	Pad pacijenta s ozljedom	Infekcija urinarnog trakta	Infekcija krvotoka	Upala pluća	Prigovori pacijenata i njihovih obitelji
1	1,22	1,07	1,67	1,88	1,56	1,80	2,30
2	,89	,93	1,56	1,33	1,02	1,36	2,94
3	,98	,76	1,43	1,37	,83	1,22	1,71
4	1,09	,97	1,59	1,47	,84	1,22	1,56
5	,95	1,00	1,13	1,88	1,34	1,54	1,43
6	,78	,86	1,18	1,29	,64	1,00	1,63
7	1,29	,90	1,74	1,94	1,23	1,63	2,26
8	,95	1,12	1,64	1,70	1,20	1,83	1,75
9	1,28	,79	1,88	1,86	1,37	1,62	2,60
10	1,04	,82	1,39	1,19	,84	,96	1,81
11	,79	,66	1,41	1,14	,75	1,07	1,14
12	,73	1,02	1,67	1,48	1,22	1,51	1,82
13	1,08	,60	1,44	1,23	1,02	1,13	2,00
14	1,36	,95	1,23	1,55	1,34	1,51	2,15
15	1,07	,86	1,51	1,48	1,20	1,39	1,69
16	1,05	1,16	1,36	1,84	1,29	1,39	1,53
17	1,00	1,20	1,47	1,64	1,31	1,43	1,38
18	,84	,55	,96	1,49	,79	1,06	1,15
19	1,50	,75	1,54	1,50	1,00	1,49	2,56
20	,87	,50	1,09	1,00	,77	,87	1,44
21	,91	,71	1,34	1,05	,89	1,19	1,85
22	1,25	,71	1,94	1,63	1,44	1,42	2,06
23	,42	,56	1,22	1,11	,61	,83	1,39
24	,78	,90	1,34	1,00	,73	,77	2,18
25	1,04	,96	1,44	1,46	1,06	1,06	1,96
26	1,26	,81	1,38	1,81	1,60	1,74	2,68
27	,64	,43	1,20	1,11	,81	,94	1,80
28	1,12	,96	1,40	1,59	1,18	1,21	1,84
29	1,02	1,02	1,89	1,72	1,33	1,28	2,09
30	,95	,82	1,33	1,39	1,02	1,52	1,71
Prosječna vrijednost	1,02	,85	1,44	1,47	1,09	1,30	1,90

(Napomena: ljestvica od 0 do 6, pri čemu je 6 vrijednost za najveću učestalost)

RASPRAVA I REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Sektor akutne bolničke skrbi u Irskoj vrlo je raznolik po svojoj strukturi. Čine ga od malih lokalnih bolnica pa sve do velikih tercijarnih sveučilišnih bolnica. RN4CAST istraživanje obuhvatilo je akutne bolnice s najmanje 100 bolničkih kreveta. Međutim, čak i unutar tog ograničenog okvira, razlike unutar sektora još uvijek su značajne. Devetnaest od ukupno 30 akutnih bolnica koje su sudjelovale u RN4CAST istraživanju u Irskoj dalo je podatke o prosječnoj popunjenoosti bolničkih kreveta (vidi Tablicu 3 iznad).

Čini se da se broj osoblja na odjelima u velikoj mjeri temelji na povijesnim razinama, te je stoga očito da broj medicinskog osoblja nije usko povezan s brojem bolničkih kreveta ili brojem hospitaliziranih pacijenata. 70 % bolnica koje su ispunjavale organizacijsku anketu je navelo da broj medicinskog osoblja na odjelima nije usklađen s težinom bolesti pacijenata ili njihovim potrebama za zdravstvenom njegom. U korporativnom planu Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga za 2008. – 2011. kao jedan od ključnih ciljeva navodi se skraćivanje prosječnog trajanja boravka pacijenata u akutnim bolnicama (HSE, 2008., str. 35). Taj cilj je u velikoj mjeri i ostvaren u cijelom sektoru. Za 2012., na primjer, planirano je smanjenje prosječne duljine boravka pacijenata u bolnicama za 5 %. Zabilježeno je i povećanje broja odabranih pacijenata koji su podvrgnuti zahvalu na dan prijema u bolnicu, čime se prosječna duljina boravka pacijenata skratila na 5,8 dana (HSE, 2012.). U ovome kontekstu također treba spomenuti i visoku stopu popunjenoosti bolničkih kreveta zabilježenu u 13 od 19 akutnih bolnica iz uzorka (Tablica 3). Kada se uzme u obzir stopu popunjenoosti bolničkih kapaciteta i skraćivanje boravka pacijenata u bolnici zajedno s kontinuiranim rastom potreba za bolničkom njegom, postaje jasno zašto su važni formalni mehanizmi kojima bi se pri osiguravanju potrebnog osoblja na odjelima u obzir uzela težina bolesti pacijenta i njihove potrebe za zdravstvenom njegom.

Nemogućnost formalnog ugrađivanja takvih mjera za utvrđivanje kadrovskih potreba može ukazivati na to da kadrovska politika zasnovana na povijesnim potrebama ne ide ukorak s profilom bolničkih pacijenata koji se neprestano mijenja. Osim uz prepostavku da je na odjelima bolnica u prošlosti broj medicinskih sestara bio pretjerano velik, velika je vjerojatnost da se medicinsko osoblje u sektoru akutne bolničke skrbi u Irskoj nalazi pod sve većim, ali uglavnom nevidljivim, pritiskom. To donekle objašnjava razinu emocionalne iscrpljenosti, količinu neobavljenih poslova i nedostatak zadovoljstva poslom koji su utvrđeni ovim istraživanjem.

Samo u trima od 30 velikih akutnih bolnica u ovom istraživanju, anketirane medicinske sestre pozitivno su ocijenile kadrovsku politiku i adekvatnost resursa. Medicinske sestre u više od jedne četvrtine velikih akutnih bolnica u Irskoj izjavile su da je došlo do pogoršanja kvalitete skrbi o pacijentima tijekom godine koja je prethodila prikupljanju podataka. Također treba naglasiti da je većina medicinskih sestara koje su odgovorile na ovo pitanje u osam (26,7 %) od 30 bolnica navela da nije izgledno da će njihovi pacijenti biti sposobni organizirati svoju njegu nakon otpuštanja iz bolnice. S obzirom na obustavu zapošljavanja koju je uvelo Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga, a koja još uvijek traje, broj zaposlenika se vjerojatno dodatno smanjio od prikupljanja podataka do danas. Osim toga, kao što je već navedeno, provode se mjere za skraćivanje trajanje boravka pacijenata u akutnim bolnicama. To bi moglo predstavljati vrlo ozbiljan problem u pogledu sigurnosti pacijenata i skrbi o pacijentima, a da ne spominjemo posljedice za medicinsko osoblje koje je u izravnom kontaktu s pacijentima. Još 1992. godine Silber je ukazao na to da je broj pacijenata za koje je medicinska sestra izravno odgovorna (omjer broja pacijenta i medicinskih sestara) čimbenik koji može utjecati na smrtnost pacijenata. Novija istraživanja pokazuju povezanost između omjera broja pacijenata i medicinskih sestara i stopa komplikacija povezanih s intervencijama medicinskih sestara (Twigg et al, 2011.), kvalitetnije skrbi (Kalish i Lee, 2011.) i manjeg broja posjeta odjelima hitne medicinske pomoći u roku od 30 dana od dana otpusta iz bolnice (Bobay, Yakusheva i Weiss, 2011.). Međutim, Griffith et al (2013.) upozoravaju na vjerojatnost da je u ovome kontekstu važno osiguravanje odgovarajućeg medicinskog osoblja, što je još uvijek relativno nedovoljno istraženo područje.

Tijekom prezentacije o novim standardima za bolju i sigurniju skrb Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, Marie Kehoe (direktorica Uprave za unapređenje sigurnosti i kvalitete, UKKZ), istaknula je da bi „smanjenje proračuna i povećanje potražnje“ moglo dovesti do „savršene oluje“ u irskom zdravstvenom sustavu (Kehoe, 2012.). Predlažemo da broj medicinskog osoblja na razini bolnica, uključujući i omjer broja pacijenata i medicinskih sestara zaokupi pažnju kao i jedna takva oluja. Kadrovska politika kojom će se osigurati adekvatna i sigurna skrb o pacijentu je pitanje koje svi ključni sudionici u zdravstvenom sustavu trebaju pomno razmotriti. Broj medicinskog osoblja izravno utječe na skrb o pacijentima i njihovo iskustvo, te će vjerojatno značajno utjecati i na učinkovitu implementaciju novih nacionalnih standarda za bolju i sigurniju skrb Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu (UKKZ, 2012b).

Medicinske sestre na odjelima ne rade kao izolirani pojedinci. Iz odgovora na pitanja u organizacijskoj anketi jasno je da su informacije koje se prikupljaju o medicinskom osoblju u irskim bolnicama nepotpune. Osim toga, informacije koje postoje nisu integrirane niti lako

dostupne rukovodećem kadru bolnice. Na primjer, kada se gleda u cjelini, čini se da na razini bolnice nisu lako dostupne informacije o broju i profilu osoblja (razina obrazovanja, radno iskustvo, stručnost u specijalističkom području, inozemna iskustva, itd.). U nastavku teksta govori se o važnosti takvih informacija za utvrđivanje odgovarajuće kombinacije vještina medicinskog osoblja na odjelima.

Naše istraživanje je pokazalo da se prosječni omjer broja pacijenata i medicinskih sestara u većim akutnim bolnicama u Irskoj (6,84 : 1) nalazi na sredini raspona tih omjera zabilježenih u Europi. Bolji omjer između broja pacijenata i medicinskih sestara zabilježen je u Nizozemskoj, Finskoj, Norveškoj, Švedskoj i Švicarskoj. Omjer broja pacijenata i medicinskih sestara u irskim bolnicama, prema rezultatima anketiranja medicinskih sestara, bolji je nego u Engleskoj, Belgiji, Njemačkoj, Španjolskoj, Grčkoj i Poljskoj (Aiken et al, 2013). Međutim, prosječna vrijednosti tih omjera prikriva znatne razlike između i unutar bolnica. Vrlo visoka popunjenošć bolničkih kapaciteta utjecati će i još više pogoršati probleme povezane s nepovoljnim omjerom između broja pacijenata i medicinskih sestara. Omjer između broja pacijenata i medicinskih sestara također ne bi trebalo promatrati izdvojeno, nego bi to pitanje trebalo razmotriti u kontekstu omjera između pacijenata i osoblja unutar organizacije. Taj omjer u Irskoj također se nalazi oko sredine europskog prosjeka (5 : 1) (Aiken et al, 2012). Ovi nalazi su važni i trebalo bi ih uzeti u obzir pri donošenju nacionalne politike u ovome području.

Nalazi RN4CAST istraživanja u Irskoj također daju korisne podatke o profilima osoblja i bolnica, koji mogu biti od važnosti za izradu kadrovskih planova u irskom zdravstvenom sustavu. Na primjer, udio kvalificiranih medicinskih sestara u ukupnom broju medicinskog osoblja koje izravno skrbi o pacijentima na odjelima opće medicine u Irskoj je 72 %. 60 % medicinskih sestara na odjelima opće medicine i kirurgije u akutnim bolnicama u Irskoj završilo je preddiplomski studij. Omjer između broja medicinskih sestara i pomoćnog medicinskog osoblja na odjelima kirurgije je 9 : 1, a na odjelima opće medicine 8:1, s tim da se ti omjeri znatno razlikuju unutar sektora. Očito je da bi ove razlike trebalo dodatno ispitati s ciljem najučinkovitijeg raspoređivanja diplomiranih medicinskih sestara, te određivanja odgovarajuće kombinacije vještina za potrebe izrazito različitih odjela unutar sektora. Nalazi ovoga istraživanja također pokazuju da je omjer između ukupnog broja medicinskih sestara u irskim bolnicama i ukupnog broja liječnika 3 : 1, a ne 5 : 1 kao što je ranije objavio OECD (OECD, 2009). Valja napomenuti, međutim, da je tijekom trajanja istraživanja došlo do značajnog povećanja planiranog i neplaniranog prekovremenog rada bolničkih liječnika stažista (NCHD), što se ne odražava u ovim brojčanim pokazateljima, a govori o tome da brojevi, sami po sebi, ne daju potpunu sliku. Važno je ovo pitanje detaljnije razmotriti. Kirwan

(2012) navodi da se ukupan broj lječnika stažista smanjuje, dok se broj lječnika specijalista i višeg medicinskog osoblja povećava, u skladu s politikom Vlade o preusmjeravanju skrbi prema lječnicima specijalistima, na osnovi nalaza Radne skupine za kadrovsku politiku u zdravstvenom sektoru (2003). Ako je to točno, vrlo je vjerojatno da će porasti pritisak na medicinske sestre da obavljaju poslove stažista. Proširivanje odgovornosti medicinskih sestara, ukoliko sve ostalo ostane isto, može biti pozitivno za medicinske sestre i pacijente. Međutim, ako one tada nisu u mogućnosti izravno skrbiti o pacijentima, to može dovesti do problema u pružanju sigurne, kvalitetne skrbi o pacijentima.

Dinamične, zahtjevne i brze promjene uvjeta u kojima se odvija reforma zdravstva, zajedno s mjerama štednje i političkim promjenama koje su obilježile posljednjih pet godina stavljuju poseban pritisak ne samo na uprave bolnica nego i na osoblje koje je u izravnom kontaktu s pacijentima. Na primjer, spajanja i zatvaranja odjela i bolnica utječu na kombinaciju vještina medicinskih sestara, a da ne spominjemo posljedice osobne, ekonomске i emocionalne prirode koje ove mjere mogu imati na osoblje zahvaćeno takvim promjenama dok pacijentima i dalje nastoje pružiti sigurnu i kvalitetnu zdravstvenu skrb. Moguće posljedice takvih organizacijskih promjena zabilježene su u zemljama poput Engleske i SAD-a. Čini se razumnim ustvrditi da je upravama irskih bolnica potrebno pomoći da ocijene važnost tih dokaza na međunarodnoj razini i upoznaju se s potencijalno učinkovitim načinima na koje se s takvim promjenama i neizvjesnošću mogu nositi, s ciljem da se ublaže potencijalno još nepovoljnije posljedice za osoblje i pacijente. Smatramo da neke od preporuka iz Boormanovog izvješća (Boorman, 2009.) objavljenog u Velikoj Britaniji također imaju potencijalnu vrijednost u ovom kontekstu.

Sigurnost pacijenata nije samo ključna točka na dnevnom redu zdravstvenog sustava u Irskoj (UKKZ, 2012b), nego je to tema od međunarodnog značaja i predmet kojim se bavi međunarodna literatura. Važno je navesti da je tijekom i nakon razdoblja prikupljanja podataka za ovo istraživanje došlo do niza značajnih pomaka unutar Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga, između ostalog to se odnosi na uspostavljanje i rad Uprave za sigurnost pacijenata i kvalitetu skrbi, uspostavljanje kliničkih uprava, i pokretanje programa kliničke skrbi ([web www.hse.ie](http://www.hse.ie)). Međutim, na temelju nalaza ovoga istraživanja (podaci prikupljeni u razdoblju od 2009. – 2010.) uprave irskih bolnica u većim akutnim bolnicama očito su probleme sigurnosti pacijenata rješavale uglavnom uspostavljanjem radnih mesta za poslove sigurnosti, stručnim usavršavanjem i revizijom. Zapažena je nedosljednost u načinu na koji se to radi, posebice u odnosu na kategorizaciju radnih mesta. Ovo je vrijedno pažnje jer se kategorizacija radnih mesta može promatrati kao pokazatelj važnosti koju uprava bolnice pripisuje određenom radnom mjestu. Kako naglašava Uprava za komunikacije i

kvalitetu u zdravstvu (UKKZ, 2012a) način upravljanja pitanjima sigurnosti je stvarni problem. Niže rangirana radna mjesta za poslove sigurnosti omogućavaju osobama zaduženim za te poslove bolji utjecaj na terenu, no budući da su ta radna mjesta niže rangirana, odgovorne osobe na tim radnim mjestima moraju prvo kontaktirati nekoliko osoba na različitim menadžerskim razinama prije nego išta mogu postići, za što je potrebno puno vremena, truda i predanosti. Više rangirana radna mjesta omogućavaju osobama koje rade na tim radnim mjestima izravan kontakt s upravom, a time i pravodobno skretanje pozornosti uprave na određena pitanja. Ipak, bez obzira na kategorizaciju tog radnog mjeseta, ukoliko ono nije u potpunosti integrirano u upravljačku strukturu u kojoj uprava bolnice i, gdje je to primjenjivo, upravni odbor bolnice, vidljivo preuzimaju odgovornost za sigurnost pacijenta, ona neće biti percipirana kao prioritet te organizacije. Sasvim je jasan stav Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu (UKZZ, 2012a, b) i Ministra zdravstva o tome tko je u konačnici odgovoran za sigurnost i kvalitetu skrbi o pacijentima, a to su rukovodeći kadar bolnice, ravnatelj i relevantni upravni odbor.

Prvi korak u razvoju kulture sigurnosti pacijenata u organizaciji je utvrđivanje mehanizama za prijavljivanje nepovoljnih događaja. Ti mehanizmi omogućavaju prepoznavanje i priznavanje ključnih problema. Bez ovoga nije moguće rješavati druge elemente sigurnosne politike, kao npr. provjeriti sustave koji su omogućili da dođe do neželjenog događaja, pobrinuti se da je organizacija naučila nešto iz toga događaja, te uvesti sustave kojima će se spriječiti / na najmanju moguću mjeru svesti ponavljanje takvih događaja. Kirwan (2012.) pokazuje da, iako medicinske sestre prijavljuju većinu nepovoljnih događaja u bolničkom okruženju, nedovoljno prijavljivanje takvih događaja i dalje predstavlja ogroman problem. Nalazi ovog istraživanja također pokazuju da je smanjeno povjerenje medicinskih sestara da će uprava reagirati na probleme vezane za sigurnost pacijenata na koje one skrenu pažnju (na razini odjela) povezuje s većom učestalošću prijavljivanja nepovoljnih događaja. (Kirwan, 2012).

Dalnjom analizom podataka utvrđeno je da stručno usavršavanje (koje uključuje i temu prijavljivanje nepovoljnih događaja), pozitivno utječe na učestalost nepovoljnih događaja koju navode medicinske sestre (Kirwan et al, 2013). To navodi na zaključak da će medicinske sestre češće prijavljivati nepovoljne događaje ukoliko razumiju razloge za prijavljivanje i stav organizacije o prijavljivanju takvih događaja. Stručno usavršavanje pomaže promijeniti obrasce ponašanja u zdravstvu koji postoje u cijelome svijetu, a karakterizira ih nedovoljno prijavljivanje nepovoljnih događaja. Odaziv na stručno usavršavanje može se poboljšati tako da usavršavanje bude obvezno. Međutim, potrebno je također preispitati i pratiti kvalitetu stručnog usavršavanja te razviti i implementirati nacionalne standarde. Trenutno takvi standardi ne postoje. U izvješću Povjerenstva za sigurnost pacijenata i osiguranje kvalitete

(Ministarstvo za zdravstvo i djecu, 2008) preporučuje se ponovno razmatranje programa stručnog usavršavanja o sigurnosti pacijenata u bolnicama i predlaže da Obrazovni projekt o sigurnosti pacijenata (2008.) bude osnova tog programa. Međutim, bez obzira na to koliko dobro su stručna predavanja osmišljena i prezentirana, i bez obzira je li dolazak dobrovoljan ili obvezan, njihova vrijednost i utjecaj biti će ozbiljno ugroženi ako se ova tema u cijeloj organizaciji ne prepozna ili ne prihvati kao važna. Uprava za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu jasno je istaknula ove argumente (UKKZ, 2012a).

Vrlo važan nalaz ovoga istraživanja koji potiče na razmišljanje bio je i nedostatak povjerenja medicinskog osoblja u predanost i angažiranost uprava bolnica u pogledu sigurnosti pacijenata. S obzirom na važnost koju političari i upravitelji ovom pitanju pripisuju u svojoj retorici od objave Izvješća Povjerenstva o sigurnosti pacijenata (Ministarstvo za zdravstvo i djecu, 2008.), ovo je vrlo značajan i zabrinjavajući nalaz. Atmosferu, sustav vrednota i organizacijsku kulturu određuju upravne strukture. Naši nalazi upućuju na to da je medicinsko osoblje u vrijeme prikupljanja podataka uočilo indikativan propust uprava bolnica u sektoru akutne bolničke skrbi u Irskoj da vlastitim primjerom pokažu predanost i angažiranost u pogledu sigurnosti i kvalitete zdravstvene skrbi.

Ovaj nalaz se u potpunosti podudara s, primjerice, nalazima iz istrage u bolnici Tallaght (Adelaide, Meath & Nacionalna dječja bolnica, AMNCH) (UKKZ 2012., str. 201):

„Uprava za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu utvrdila je da ni dnevni red niti zapisnik sa sastanaka Revizorskog tijela na kojima su sudjelovala izvršna tijela u sektoru zdravstvenih usluga i predmetne bolnice nisu pratili strukturirani format... Glavne teme sastanaka bili su proračun i planiranje poslovanja bez gubitaka. Na pet od šest sastanaka održanih 2010. godine, proračun i planiranje poslovanja bez gubitaka bile su prve točke dnevnog reda, dok kvaliteta, sigurnost i upravljanje zdravstvenim uslugama koje pruža bolnica nisu bili na dnevnom redu. Na temelju dostupnih informacija, Uprava je zaključila da Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga nije pratilo sigurnost pacijenata i ishode liječenja niti posljedice pretjerane potrošnje u danim okolnostima tijekom promatranog razdoblja. Međutim, u zapisniku sa sastanka održanog u lipnju 2011. godine, zabilježeno je da član Uprave za kvalitetu i sigurnosti pacijenata Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga postaje redoviti član revizijskog sastanka.“

Pitanje je koliko ozbiljno su uprave bolnica i upravni odbori, tamo gdje postoje, počeli shvaćati ova pitanja nakon istrage Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu (2012a).

U ovom istraživanju također smo ustanovili da su (a) medicinske sestre koje su završile studij navele veću učestalost nepovoljnih događaja te da su (b) medicinske sestre koje su stekle stručnu spremu u Irskoj navele veću učestalost nepovoljnih događaja. Takvi nalazi upućuju na to da je, s aspekta sigurnosne kulture, potrebno da bolnice prikupljaju informacije o profilu medicinskog osoblja, uključujući i razinu obrazovanja, što će pomoći pri donošenju odluka o kombinaciji vještina potrebnih na razini odjela. Iz rezultata organizacijske ankete znamo da se trenutno to prilično loše provodi. Stoga je u interesu sigurnosti pacijenata da se ovaj nedostatak praćenja informacija riješi.

Stope bolovanja / odsutnosti s posla utvrđene ovim istraživanjem trebale bi biti važne rukovoditeljima u sektoru zdravstvenih usluga i upraviteljima bolnica. Utvrđeni godišnji postotak bolovanja / odsutnosti s posla iznosio je 5,89 % u slučaju registriranih medicinskih sestara s položenim stručnim ispitom i 6,88 % u slučaju neregistriranih medicinskih sestara, bez položenog stručnog ispita. Navedeni postotci se podudaraju s podacima iz baze podataka *Healthstat* za 2012. godinu u kojoj se navodi da je prosječna stopa odsutnosti medicinskih sestara s posla 5,6 %, dok je u nekim bolnicama ta stopa čak 12,5 %. Pred upraviteljima bolnica općenito, a posebno medicinskim sestrama na rukovoditeljskim mjestima velik je zadatak. Navedene stope bolovanja / odsutnosti s posla također su znatno veće od cilja od 3,5 % koji je postavilo Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga u Nacionalnom planu za zdravstvo za 2012. godinu. Važno je napomenuti da je u Boormanovom revizijskom izvješću (Boorman Review, 2009.) o Zdravstvenom sustavu Ujedinjenog Kraljevstva naglašena potreba za ulaganjem u zdravlje i zadovoljstvo zaposlenika. Izvješće pokazuje da su u organizacijama kojima su zdravlje i zadovoljstvo zaposlenika prioriteti stope bolovanja niže, pacijenti zadovoljniji, a sveukupna učinkovitost veća.

Kao što je naprijed navedeno, stope odsutnosti s posla mogu dati uvid u raspoloženje medicinskog osoblja, kao i njihovu percepciju o tome koliko ih se poštaje i podržava u njihovom poslu. Odgovarajući na ovaj upit, medicinske sestre su iskazale da je razina sudjelovanja medicinskih sestara u poslovnom odlučivanju niska kao i status sestara rukovoditeljica (a time i sestrinstva) unutar organizacije. To odražava mišljenje iskazano u nacionalnom istraživanju o jačanju položaja medicinskih sestara i primalja koje je provedeno u Irskoj 2003. godine (Scott et al, 2003.). Unatoč preporukama iz 2003., u kojima su navedene mjere koje je potrebno poduzeti kako bi se povećala vidljivost sestrinstva i sudjelovanje u donošenju odluka, čini se da se malo toga promijenilo u posljednjih deset godina. U okruženju u kojem je sveprisutno načelo „vrijednost za novac“, važno je osnažiti položaj medicinskih sestara, kao najbrojnije skupine zdravstvenih radnika, na način koji im

omogućuje da se što je više moguće posvete skrbi o pacijentima i pružanju zdravstvenih usluga. Također je važno da medicinske sestre dokažu da su dorasle ovome izazovu, da prepoznaju i potiču menadžerske potencijale, kako bi se one medicinske sestre koje unutar svojih organizacija, na regionalnoj ili nacionalnoj razini pronađu mogućnosti za iskazivanje tih kvaliteta ohrabrite i pripremile za takve uloge.

Baterijom pitanja o radnom okruženju iz Indeksa rada medicinskih sestara (Lake, 2002) koja ima 5 tematskih cjelina mjeri se sljedeće: kadrovska politika i adekvatnost resursa, menadžerske sposobnosti medicinskih sestara, vodstvo i potpora ostalih sestara, kolegijalni odnosi između medicinskih sestara i liječnika, sudjelovanje medicinskih sestara u poslovnom odlučivanju i temelji kvalitete medicinske skrbi. Nalazi ovoga istraživanja ukazuju da je na razini odjela/jedinica 72 % odjela imalo „mješovito“ radno okruženje, 13 % je imalo „lošije“ radno okruženje, a 10 % je imalo „bolje“ radno okruženje, što ukazuje na to da još ima mnogo prostora za poboljšanje uvjeta radnih okruženja medicinskih sestara u sektoru akutne bolničke skrbi u Irskoj. Međutim, u ovome kontekstu pozitivno je to što se značajna poboljšanja mogu ostvariti uz relativno niske finansijske troškove.

Medicinske sestre u 29 od ukupno 30 akutnih bolnica u Irskoj iskazale su srednju do visoku razinu emocionalne iscrpljenosti. Medicinske sestre u devet bolnica tj. skoro jedna trećina većih akutnih bolnica u Irskoj iskazale su visoku razinu emocionalne iscrpljenosti. Ovaj nalaz konzistentan je s percepcijom medicinskih sestara ispitanika o kadrovskoj politici i adekvatnosti resursa. Ovakav nalaz trebao bi pobuditi ozbiljnu zabrinutost glede dobrobiti ovih medicinskih sestara. Situacija se vjerojatno nastavila pogoršavati, s obzirom na politiku obustave zapošljavanja i smanjivanja proračuna, unatoč povećanim potrebama u sektoru akutnih bolnica prisutnima od vremena prikupljanja podataka u 2009. i 2010. godini.

Zbog naprijed navedenog, iako je to prilično zabrinjavajuće, ne iznenađuje da su medicinske sestre koje su sudjelovale u ovom nacionalnom istraživanju uglavnom nezadovoljne svojim poslom. Medicinske sestre u dvije od 30 bolnica iskazale se visoku razinu nezadovoljstva, sestre u dvije bolnice u prosjeku su donekle zadovoljne, dok su sestre u ostalih 26 bolnica u prosjeku donekle nezadovoljne. Niti u jednoj od bolnica medicinske sestre nisu iskazale visoku razinu zadovoljstva poslom. Ove podatke treba interpretirati u kontekstu broja medicinskih sestara koje su sudjelovale u anketiranju po pojedinoj bolnici (vidi Tablicu 7). Međutim, nalazi o zadovoljstvu poslom podudaraju se i s razinom emocionalne iscrpljenosti koju su iskazale medicinske sestre i s njihovim percepcijama o kadrovskoj politici i adekvatnosti resursa. U sustavnom pregledu literature o zadovoljstvu poslom medicinskih sestara čije prvo izdanje je objavljeno 2005., a drugo izmijenjeno 2012. godine, Lu et al

ukazuju na to da su problemi koji utječu na zadovoljstvo poslom medicinskih sestara slični u cijelome svijetu. Međutim, zastupljenost specifičnih pitanja može se razlikovati među zemljama zbog društvenog konteksta različitih tržišta rada. Koristeći longitudinalne podatke, Kutney - Lee et al (2013.) potvrđili su pozitivan utjecaj na stupnjeve izgaranja na poslu, zadovoljstvo poslom i na namjeru napuštanja radnog mjesta, protekom određenog vremena, s poboljšanjem radnog okruženja. Kao što je ranije spomenuto, Boormanovo revizijsko izvješće (Boorman, 2009.) objavljeno u Ujedinjenom Kraljevstvu može biti izvor korisnih smjernica o ovom pitanju.

Nalazi RN4CAST istraživanja ukazuju na zamjetne razlike u radnim okruženjima po odjelima bolnica. S obzirom na sve više dokaza o uskoj povezanosti između pozitivnog radnog okruženja i pozitivnih ishoda u pogledu pacijenata i medicinskih sestara (Aiken et al, 2012., Vi et al, 2013., Kutney-Lee et al, 2013.), ovome području bi trebalo posvetiti posebnu pažnju. Takvo ciljano djelovanje i angažman mogli bi biti korisni i isplativi u trenutnim uvjetima štednje.

Glavni zaključci

- U akutnim bolnicama u Irskoj nema dovoljno informacija o profilu medicinskih sestara. Nedostatak tih informacija mogao bi nepovoljno utjecati na utvrđivanje najučinkovitijeg načina raspoređivanja medicinskih sestara u bolnicama i odgovarajućih kombinacija vještina medicinskog osoblja na razini odjela / jedinica. Vjerojatno je da će nedostatak tih informacija u konačnici utjecati i na promatrane ishode kod pacijenata i medicinskih sestara.
- Nedostatak informacija također bi mogao ukazivati na nepostojanje svijesti upravitelja bolnica, što uključuje medicinske sestre rukovoditeljice, o potencijalnom utjecaju različitih razina obrazovanja medicinskih sestara te njihovih vještina i iskustava na skrb o pacijentima i promatrane ishode kod pacijenata, što, opet potencijalno, može utjecati na promatrane ishoda kod pacijenata i medicinskih sestara.
- Čini se da se broj zaposlenog medicinskog osoblja na odjelima akutnih bolnica uglavnom temelji na povjesno utvrđenim razinama. 70 % anketiranih bolnica navelo je da broj medicinskog osoblja na odjelima ne odgovara težini bolesti pacijenata i njihovim potrebama za zdravstvenom njegom. Ova činjenica u kombinaciji sa skraćenim boravkom pacijenata i trenutnom privremenom obustavom zapošljavanja osoblja, vjerojatno će znatno utjecati na medicinske sestre na odjelima.

- Mnoge medicinske sestre koje rade na odjelima akutne medicinske skrbi i kirurgije u akutnom bolničkom sektoru u Irskoj zabrinute su u pogledu sposobnosti pacijenata da se samostalno skrbe o sebi nakon otpust iz bolnice.
- Mnoge medicinske sestre koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije u akutnom bolničkom sektoru u Irskoj nisu uvjerene u spremnost upravitelja bolnica na rješavanje problema vezano za skrb o pacijentima o kojima ih obaviještava osoblje, kao ni u njihovu odlučnost za rješavanje pitanja sigurnosti pacijenata.
- Medicinske sestre iz više od jedne četvrtine velikih akutnih bolnica u Irskoj izjavile su da se tijekom godine koja je prethodila prikupljanju podataka, tj. 2008.-2009., pogoršala kvaliteta skrbi o pacijentima. Od 2010. godine, veliki broj medicinskih sestara koje su u izravnom kontaktu s pacijentima otišao je u prijevremenu mirovinu. Sagledaju li se posljedice ove činjenice zajedno s dalnjom obustavom zapošljavanja osoblja koje bi popunilo radna mjesta onih koji su napustili zdravstvenu ustanovu (i drugim mjerama štednje koje su uvedene u protekle tri do četiri godine), opravdana je sumnja da se stanje dodatno pogoršalo.
- Većina medicinskih sestara koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije u sektoru akutne medicinske skrbi u Irskoj izjavila je da je razina izgaranja na poslu umjerena do visoka, a razina zadovoljstva poslom niska. Pitanja koja se tiču izgaranja na poslu i zadovoljstva poslom često su povezana s karakteristikama radnog okruženja medicinskih sestara. Dok su određeni aspekti radnog okruženja u sektoru akutne medicinske skrbi, kao npr. potpora linijskih rukovoditelja, općenito pozitivno ocijenjeni, drugi elementi, poput adekvatnosti raspoređivanja osoblja i resursa, te sudjelovanja medicinskih sestara u poslovnom odlučivanju bolnice, negativno su ocijenjeni, a u pojedinim slučajevima i vrlo negativno. Osim toga, prosječne ocjene bolnica prikrivaju značajne razlike u odgovorima na ova pitanja. Niz novijih međunarodnih istraživanja ukazuje na to da povoljno radno okruženje može ublažiti učinke neoptimalnog omjera broja pacijenata i medicinskih sestra na promatrane ishode kod pacijenata i medicinskih sestara. Čini se, stoga, da je poboljšanje uvjeta radnog okruženja medicinskih sestara važno i za unaprjeđenje kvalitete zdravstvene skrbi i plana o sigurnosti pacijenata u Irskoj, kao i za smanjenje učestalosti izgaranja na poslu i povećanje zadovoljstva poslom medicinskih sestara.
- Stope popunjenoosti bolničkih kreveta u više akutnih bolnica djeluju iznimno visoke. Međunarodne smjernice govore da postoji vjerojatnost da će ukoliko je popunjenoost bolničkih kreveta iznad 85 % to utjecati na kvalitetu zdravstvene skrbi i funkciranje bolnice. U trinaest, od ukupno devetnaest bolnica za koje imamo podatke, prosječna popunjenoost bolničkih kreveta bila je veća od 85 %. U devet od njih, popunjenoost je

bila veća od 95 %. U jednoj bolnici navedeno je da je prosječna popunjenošt bila 100 %, a u drugoj čak 120 %.

- Trenutno u akutnim bolnicama ne postoje standardizirani institucionalni pristupi ispunjavanju zahtjeva o sigurnosti pacijenata, te ih bolnička uprava, u određenoj mjeri, može samostalno interpretirati. Rukovoditelji su svjesni potrebe uspostavljanja odgovarajućih radnih mjesta za poslove sigurnosti, kontrole kvalitete i stručnog usavršavanja. Međutim, način na koji se takve inicijative provode ovisi o timu rukovoditelja određene bolnice, odnosno ravnatelju bolnice (ili osobi koja ima iste odgovornosti) i Upravnom odboru (u sektoru dobrovoljnog osiguranja), potvrđuju iz Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu (UKZ, 2011). U nekim bolnicama radno mjesto za poslove sigurnosti razvrstano je u višu kategoriju, dok u drugim bolnicama to nije slučaj. U nekim bolnicama su ta radna mjesta sada dio okvira integriranog kliničkog upravljanja koji daje sigurnost i ravnatelju bolnice i relevantnom upravnom odboru. Za sada je nejasno koliko su navedena rješenja raširena. Kao što je gore navedeno, ovo potencijalno može utjecati na percepciju o važnosti sigurnosti pacijenata unutar pojedine bolnice, te na sposobnost osobe zadužene za poslove sigurnosti da svoj posao obavi učinkovito i djelotvorno. Slične razlike uočene su i u pogledu stručnog usavršavanja, vođenja evidencije i kvalitete postupka revizije. Vjerojatno je da će ovi potonji elementi utjecati na sigurnosnu kulturu bolnica. Međutim, ta Uprava je nedavno (2012a, 2012b) izdala jasne upute o odgovarajućoj upravljačkoj strukturi i pristupu koji su potrebni kako bi se osigurala kvalitetna skrb o pacijentima. Obveza je zdravstvenog sektora osigurati da se taj pristup primjeni u sektoru akutne medicinske skrbi u Irskoj.
- Iz rezultata ispitivanja stavova medicinskih sestara vidljivo je da postoji jaz između pristupa pitanjima sigurnosti pacijenata koji bolnice deklariraju i stvarnosti o kojoj govori medicinsko osoblje. Od prikupljanja podataka, a posebice kao rezultat objavljivanja izvješća s rezultatima istraživanja kvalitete, sigurnosti i upravljanja u bolnici Tallaght, plan o sigurnosti pacijenata se izrađivao velikom brzinom. Međutim, kako bi se provjerili stvarni utjecaji tih pomaka (kao što je to bio slučaj s nacionalnim standardima za sigurniju i bolju skrb Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, 2012), pravo je vrijeme za provjeru percepcija i iskustava medicinskog osoblja koje je u izravnom kontaktu s pacijentima.

Preporuke

Radi bolje preglednosti, preporuke smo grupirali u pet glavnih cjelina:

- Pristup relevantnim podacima o medicinskom osoblju: pitanje važno za kvalitetu i sigurnost skrbi o pacijentima,
- Planiranje i upravljanje medicinskim osobljem,
- Organizacijsko upravljanje i rukovođenje,
- Kvaliteta medicinske skrbi i sigurnost,
- Buduća istraživanja.

Pristup relevantnim podacima o profilu medicinskog osoblja: pitanje važno za kvalitetu skrbi o pacijentima i sigurnost

1. Čini se da se značajne vrste podataka o profilu osoblja (liječnicima i medicinskim sestrama) ne prikupljaju na organizacijskoj razini u sektoru akutne medicinske skrbi, ili, ako se i prikupljaju te da viši rukovoditelji medicinske sestre nemaju pristup takvim podacima. Ovakvi izvori podataka (i sustav poslovne inteligencije) koji bi omogućiti višim rukovoditeljima pristup vitalnim informacijama i statistici o ljudskim potencijalima putem neke vrste kontrolne ploče urgentno su potrebni. Rukovoditelji odjela ili jedinica i druge skupine unutar bolnice također bi trebale imati pristup relevantnim elementima tih informacija. To bi višim rukovoditeljima bolnica omogućilo cijeloviti pristup osiguravanju potrebnog osoblja u organizaciji, jedinici i timu, za razliku od sadašnjeg koji odlikuju nedostatak povezanosti i koordinacije među odjelima i nedovoljno podataka.
2. Iznimno je važno voditi evidenciju o razini obrazovanja i radnom stažu medicinskih sestara na razini organizacije i jedinice. Međunarodnim istraživanjima utvrđena je povezanost između razine obrazovanja medicinskih sestara i kvalitete skrbi o pacijentima. Ta povezanost je potvrđena i u istraživanju RN4CAST (Aiken et al, 2012.). Iz navedenoga se može zaključiti da bi informacije o razini obrazovanja medicinskog osoblja pomogle pri planiranju ljudskih potencijala i izradi rasporeda dužnosti na razini jedinice, s ciljem poboljšanja kvalitete skrbi o pacijentima.
3. Rezultati istraživanja ukazuju da je potrebno skrenuti pozornost na relativno neiskustvo (u smislu godina proteklih od stjecanja stručne kvalifikacije) velikog broja medicinskih sestara zaposlenih na odjelima opće medicine i kirurgije u akutnom bolničkom sektoru. Ovo će vjerojatno predstavljati poseban problem u velikim tercijarnim bolničkim centrima

i sveučilišnim bolnicama, u kojima je težina bolesti i potreba za zdravstvenom njegom znatna, a boravak pacijenata u bolnici sve kraći. S aspekta sigurnosti pacijenata i aspekta radnog okruženja, potrebno je posvetiti posebnu pažnju profilu osoblja u jedinicama / odjelima kako bi se osigurala odgovarajuća kombinacija vještina, razina iskustva i stručnosti. Odgovarajućim oblicima mentorstva / kliničke supervizije medicinskih sestara koje su nedavno stekle stručnu kvalifikaciju također treba posvetiti dužnu pažnju.

4. Podaci o medicinskom osoblju i njihovom profilu (uključujući i zemlju u kojoj je stečena odgovarajuća stručna kvalifikacija) trebali bi se voditi u integriranoj bazi podataka, koja bi bila dostupna putem odgovarajućeg poslovnog obavještajnog sustava. Planiranje medicinskog osoblja potrebno je objediniti na nacionalnoj i organizacijskoj razini, kako bi se osiguralo učinkovito korištenje osoblja, njihovog iskustva, znanja i kombinacije vještina.
5. Na razini organizacije potrebno je voditi evidenciju o stopama fluktuacije osoblja, a posebno medicinskih sestara, koje će se preispitati na organizacijskoj, regionalnoj i nacionalnoj razini s ciljem praćenja stavova osoblja i broja osoba koje napuštaju radna mjesta, jer to u konačnici može utjecati na skrb o pacijentima i promatrane ishode kod pacijenata. Primjereno praćenje stopa fluktuacije osoblja pomoći će u učinkovitijem planiranju radnih mesta i broja medicinskog osoblja na organizacijskoj razini.
6. Važnost evidentiranja stopa bolovanja/odsustva zaposlenika s posla na razini jedinice i organizacije čini se jasnom. Ove informacije mogu pružiti iznimno važan uvid u stavove osoblja u određenoj jedinici. Također mogu pomoći pri praćenju utjecaja kao što su velika fluktuacija pacijenata i težina bolesti pacijenata s velikim potrebama za zdravstvenom njegom, ponajviše na medicinske sestre. Ove informacije mogu također pomoći u izradi odgovarajuće politike vezano za rodiljne dopuste u određenim područjima zdravstvenih usluga. Ovo je posebno važno za medicinske sestre koje rade u irskim akutnim bolnicama. Prema dostupnim podacima, prosječna dob medicinskih sestara koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije je 35 godina. S obzirom da su u Irskoj medicinske sestre uglavnom žene, mnoge od njih su u reproduktivnim godinama i unatoč dužem zakonom propisanom rodiljnom dopustu unazad posljednjih nekoliko godina, ta činjenica će vjerojatno utjecati na obrasce učestalosti bolovanja / odsustva s posla kod ove kategorije osoblja.

Planiranje i upravljanje medicinskim osobljem

7. Na temelju rezultata ovoga istraživanja može se zaključiti da se u akutnim bolnicama u Irskoj uglavnom koristi model planiranja medicinskog osoblja koji se zasniva na povijesnom principu. Potrebno je pronaći racionalniju osnovu za planiranje medicinskog osoblja (UKKZ 2012b), u okviru Teme br. 6 o medicinskom osoblju jasno se navodi što pri tome treba imati u vidu). Nedavno objavljeni rad autora Behan et al (2009.), u ime Radne skupine za stručna znanja, treba poslužiti kao osnova na kojoj treba dalje raditi na način da se sagledaju i čimbenici poput razine obrazovanja osoblja, vještina, težine bolesti pacijenata i potreba za zdravstvenom njegom i sl., s ciljem da se izradi dovoljno kompleksan model i smjernice za određivanje sigurnog omjera između broja medicinskih sestara i pacijenata (vidi također preporuke 15 i 18 u dalnjem tekstu). Potrebno je pratiti sve veći broj pokazatelja koji ukazuju na međuvisnost poslovnog okruženja i promatranih ishoda kod medicinskih sestara i pacijenata te ih integrirati u modele planiranja i upravljanja medicinskim osobljem, gdje god je to bitno.

8. Uvođenje moderniziranih sustava upravljanja učinkovitošću i razvojem i / ili procesa planiranja osobnog razvoja u cijelokupnu organizaciju omogućilo bi medicinskim sestrma rukovoditeljicama da s medicinskim osobljem u njihovoj nadležnosti razgovaraju o njihovim ciljevima za napredovanje u karijeri i potrebama za trajnim stručnim usavršavanjem. Na taj način utvrđene potrebe za usavršavanjem mogu se koristiti u izradi planova bolničkih usluga, akcijskih planova i planova za trajno stručno usavršavanje u cijeloj organizaciji. Izgleda da se sredstva i programi trajnog stručnog usavršavanja trenutno prilično neadekvatno planiraju. Razgovori sa zaposlenicima o sustavu upravljanja učinkovitošću i razvojem pomogli bi da se zaposlenicima pokaže kako su i voditelji jedinica i ravnatelji bolnica zainteresirani za razvoj karijere medicinskog osoblja, te da im žele pružiti sustavnu podršku u onoj mjeri u kojoj to sredstva dopuštaju.

Organizacijsko upravljanje i rukovođenje

9. Potrebno je utvrditi, izmjeriti, pratiti i upravljati učincima unutarnjih i vanjskih pokretača promjena (koji utječu na osoblje, a posebno na radno okruženje), na način kojim se u prvi plan stavlja zaštita pacijenata i medicinsko osoblje koje je u izravnom kontaktu s pacijentima. Ovo je najvažnija zadaća viših rukovoditelja bolnice, osobito u trenutnim uvjetima štednje.

10. U skladu s preporukama iz nacionalnog istraživanja o jačanju položaja medicinskih sestara i primalja (Scott et al, 2003.) ponavljamo preporuku da se postojeće komunikacijske strategije u organizaciji preispitaju, te da se poduzmu mjere u cilju izrade konstruktivnih strategija kojima bi se otklonila percepcija o nevidljivosti sestrinstva u organizaciji. Posebno je važno spoznati potrebu za uspostavljanjem ravnoteže između inputa koji daju liječnici, medicinske sestre i administrativno osoblje za potrebe izrade strateških planova kao i donošenja strateških i operativnih odluka. Rukovoditelji medicinskih sestara trebali bi, s obzirom na svoju ulogu i odgovornost, sjediti za stolom za kojim se donose odluke i tako, na vidljiv način, zastupati medicinske sestre u donošenju odluka. To bi trebao biti slučaj na svim razinama Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga (*Health Services Executive, HSE*) ili bilo kojeg drugog tijela koje ga bude zamijenilo u budućnosti. Nije potrebno napominjati da se medicinske sestre na rukovoditeljskim dužnostima moraju pobrinuti da su sposobne učinkovito izvršavati te dužnosti, čime se osigurava odgovarajući utjecaj i doprinos upravljanju akutnim bolnicama u Irskoj, posebice u smislu kvalitete skrbi o pacijentima i sigurnosti pacijenata.
11. Percepcija medicinskog osoblja o poticajnoj atmosferi radnog okruženja je važna jer su zdravstveni radnici koji su razvili svoj puni potencijal i predani radu prepostavka za pružanje visokokvalitetne, humane zdravstvene njegе fokusirane na pacijente. U nacionalnom istraživanju o jačanju položaja medicinskih sestara i primalja (Scott et al., 2003.), medicinske sestre i primalje jasno su izrazile da jačanje njihova položaja uključuje i osobne i institucionalne čimbenike. Preporuke sadržane u tom nacionalnom istraživanju tiču se organizacijskog razvoja, razvoja upravljanja, osiguravanja stručnog usavršavanja i razvoja prakse. Iako su u proteklom desetljeću mnoge od tih preporuka provedene, neke od njih, osobito u području organizacijskog razvoja, još uvijek nisu. Povrh toga, već započeta provedba nekih od preporuka koje se tiču npr. razvoja upravljanja, osiguravanja trajnog usavršavanja i razvoja prakse, ozbiljno je ugrožena u postojećim uvjetima štednje. Preporučuje se da se preispita u kojoj fazi je provedba preporuka iz spomenutog istraživanja (Scott et al., 2003.), te da se ažurira i provede akcijski plan.
12. Sve je više pokazatelja koji navode na zaključak da radno okruženje medicinskih sestara utječe na promatrane ishode i kod pacijenata i kod medicinskih sestara. Rezultati ovoga istraživanja upućuju na to da među bolnicama i unutar bolnica postoje zamjetne razlike u radnim okruženjima medicinskih sestara koje su obuhvaćene istraživanjem. Glavna područja na kojima je potrebno djelovati na razini bolnica ili odjela su povećanje podrške od strane uprave i rukovoditelja i uključivanje medicinskih sestara

u odlučivanje i upravljanje. Preporučuje se da rukovoditelji medicinskih sestara razmotre uključivanje medicinskih sestara koje su u izravnom kontaktu s pacijentima u upravljanje bolnicom, unutar relevantnih odbora, kako bi se poboljšala povezanost osoblja unutar cijele organizacije.

13. Postoji potreba za trajnim praćenjem zadovoljstva medicinskih sestara njihovim poslom i sestrinstvom kao pozivom. Navedeno je potrebno kako bi se osiguralo da sestrinstvo ostane poželjno zanimanje u Irskoj, pogotovo zato što su prilike koje se pružaju diplomantima i dalje ograničene, a uvjeti u javnom sektoru se stalno preispituju.
14. Sve veći broja pacijenata u odnosu na broj medicinskih sestara, učestalost izgaranja na poslu, kvaliteta skrbi i sigurnost pacijenata samo su neka od pitanja za koja Lu et al. (2005., 2012.) ukazuju da su povezana, ne samo u Irskoj nego i šire, sa smanjenim zadovoljstvom poslom i sve većom namjerom napuštanja radnog mjesta. U kontekstu akutnih bolnica u Irskoj, na navedene faktore nadovezuje se sve češće i skraćeni boravak pacijenata u bolnici, sve veći zahtjevi vezano za bolničku njegu i sve lošije plaće i uvjeti rada. Unatoč, ili možda upravo zbog trenutne klime štednje i sve većeg nedostatka kvalificiranog medicinskog osoblja u cijelome svijetu, rukovoditelji i čelnici u sektoru zdravstvenih usluga morat će se potruditi žele li zadržati iznimno sposobno medicinsko osoblje. Navedeno se može postići poboljšavanjem aspekata radnog okruženja koji nužno ne zahtijevaju velike investicije, kao npr. uključivanja osoblja i pozitivnog priznavanja i davanja povratnih informacija.

Kvaliteta i sigurnost medicinske skrbi

15. Tijekom ovog istraživanja uočene su značajne razlike među bolnicama u omjeru broja medicinskih sestara i pacijenata te broja osoblja i pacijenata. Neke od tih razlika su vjerojatno opravdane s obzirom na razlike među pacijentima unutar jedne ili između više akutnih bolnica u Irskoj. Međutim, zbog utvrđenih razlika i činjenice da se model planiranja medicinskog osoblja uglavnom zasniva na povijesnom principu u cjelokupnom sektoru akutne medicinske skrbi, ovo pitanje je potrebno dodatno razmotriti. S obzirom na činjenice utvrđene međunarodnim istraživanjima (uključujući i ovo istraživanje) koje potvrđuju usku povezanost između omjera broja medicinskih sestara i pacijenata i sigurnosti pacijenta, čini se da su sazreli uvjeti da se u suradnji s Upravom za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu pažljivo razmotri izrada uputa za siguran do optimalan omjer broja medicinskih sestara i pacijenata, uzimajući u obzir različite potrebe za zdravstvenom njegom različitih skupina pacijenata u akutnom bolnicama u

Irskoj. Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga bi, možda i u suradnji s Upravom za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, trebalo razmotriti mogućnost uvođenja standarda kojim bi se prepoznali elementi poput pozitivnog utjecaja razine obrazovanja medicinskog osoblja i pozitivnog radnog okruženja. Na temelju tog standarda, moglo bi se izraditi smjernice za utvrđivanje broja i kvalifikacija zaposlenika.

16. Medicinske sestre u tri četvrtine bolnica koje su obuhvaćene istraživanjem izrazile su sumnju u to da bi rukovoditelji u njihovim bolnicama reagirali na probleme vezane uz skrb o pacijentima koje bi one utvrdile i prijavile. To je iznimno zabrinjavajuća činjenica kojoj bi uprave bolnica hitno trebale posvetiti pažnju, kao što je navedeno u izješču Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu (2012a). Potrebno je uvesti sustave koji osiguravaju (a) da se medicinsko osoblje potiče da bolničkoj upravi izrazi zabrinutost u vezi skrbi o pacijentima, kada je to potrebno; (b) da će uprava, s druge strane, odgovoriti na takve slučajeve i predložiti određene korake; i (c) da će se uvesti odgovarajući nadzor upravljanja, u skladu s preporukama Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu (2012a, b). Ukoliko se to ne učini, postupa se suprotno preporukama Povjerenstva za sigurnost pacijenata (Vlada Irske, 2008.), preporukama Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, 2012a, b) i eksplicitnoj politici Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga o prijavljivanju nepravilnosti u radu (HSE, 2011.). To bi također značilo da rukovoditelji i čelnici u sektoru zdravstvenih usluga nisu naučili lekciju iz istrage u bolnici Lourdes Hospital (DoHC, 2006.).
17. Treba razviti cjelovit pristup kliničkom upravljanju na način koji će osigurati najdjelotvorniji učinak mjera za sigurnost, u okviru novih kliničkih uprava i povezanih bolnica na kojem trenutno radi Izvršno tijelo u sektoru zdravstvenih usluga. U vrijeme prikupljanja podataka, takav pristup očito nije postojao kao konstanta u sustavu akutnih bolnica u Irskoj. Međutim, kao što je ranije spomenuto, Uprava za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu je izričito istaknula zahtjev da se takav pristup primjeni (2011.).

Buduća istraživanja

18. Rezultati ovoga istraživanja daju uvid u opseg i vrstu poslova vezanih za skrb o pacijentima koji prema navodima ispitanika nisu obavljeni zbog ograničenog vremena / ograničenih resursa. Ovo istraživanje također daje uvid u opseg poslova koji nisu dio skrbi o bolesnicima, a koje medicinske sestre u sektoru akutne medicinske skrbi obavljaju. Preporučujemo da se provede istraživanje kojim bi se utvrdio opseg administrativnih i ostalih poslova koji nisu dio skrbi o pacijentu, a koje medicinske sestre

u većim akutnim bolnicama u Irskoj obavljaju, kao i analiza sadržaja poslova koji spadaju u opis zaduženja medicinskih sestara. Zaključci ovoga istraživanja poslužili bi kao osnova za donošenje odluka vezanih uz trenutne poslove medicinske njegе i najbolji način organizacije rada medicinskih sestara. Ono također može pomoći u iznalaženju učinkovitijeg načina obavljanja administrativnih poslova na razini odjela / jedinica.

19. Kao što se vidi iz Grafa 15. (str. 50), medicinske sestre su uglavnom pozitivno ocijenile sposobnost, rukovođenje i podršku koju dobivaju od medicinskih sestara rukovoditelja jedinica. No, jasno je da postoji prostor za daljnja poboljšanja te da prosječne statističke vrijednosti skrivaju razlike unutar bolnica koje treba pomnije istražiti. Preporučuje se da se dosadašnji utjecaj obuke o kliničkom upravljanju dodatno procijeni. Kao nastavak rada Nacionalnog centra za rukovođenje i inovacije u sestrinstvu i primaljstvu (*National Leadership & Innovation Centre for Nursing & Midwifery, NCLINM*), potrebno je provesti daljnju analizu potreba za trajnim stručnim usavršavanjem rukovoditelja odjela / jedinica, pomoćnika direktora i rukovoditelja medicinskih sestara različitih razina, s ciljem da se osiguraju relevantne strukture, alati i osposobljavanje kao podrška lokalnim, rukovoditeljima na srednjim i višim razinama, posebice s obzirom na vrlo nestabilno okruženje koje se neće promijeniti za najmanje još tri do pet godina.

20. U istraživanjima koja su se bavila zdravstvenim uslugama slabo je ispitan utjecaj međunarodnog radnog iskustva na praktičan rad. Međutim, iz literature o poslovanju i upravljanju zaključuje se da međunarodno radno iskustvo poboljšava sposobnosti planiranja i rješavanja problema koje su važne u postizanju pozitivnih ishoda liječenja kod pacijenata (Robinson et al., 2003., Michel i Stratulat, 2010.). Imajući na umu (a) velik broj irskih medicinskih sestara koje su se obrazovale i / ili radile u inozemstvu kao medicinske sestre, i koje su se vratile kako bi radile u zdravstvenom sektoru u Irskoj, i (b) značajan broj medicinskih sestara iz inozemstva koje su zaposlene u irskom zdravstvenom sustavu u proteklih desetak godina, važno je takve informacije evidentirati u bazi podataka o medicinskom osoblju. Također je pravo vrijeme za istraživanje utjecaja međunarodnog iskustva u zdravstvenom sektoru na učinkovitost medicinskih sestara, njihovu sposobnost prosuđivanja i donošenja odluka.

21. Nadalje, potrebno je istražiti i utvrditi eventualnu povezanost između iskustva medicinskih sestara i organizacijskih ishoda kao npr. bolničke higijene, stopa bolničkih zaraza zlatnim stafilokokom otpornim na meticilin (MRSA) i drugih bolničkih zaraza. Postojeći podaci iz Uprave za komunikacije i kvalitetu u zdravstvu, Centra za nadzor

zdravstvene zaštite Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga i drugi podaci koji se redovito prikupljaju pomogli bi u provedbi tog istraživanja.

22. Uprava za kvalitetu i sigurnost pacijenata Izvršnog tijela u sektoru zdravstvenih usluga nedavno je provela pilot istraživanje kulture sigurnosti u irskim bolnicama, koristeći instrument Agencije za istraživanje i kvalitetu u zdravstvu (*Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ*), čiji je dio korišten u ovom istraživanju (RN4CAST). Provedba tog istraživanja u svim akutnim bolnicama pružit će osnovu razvoj kulture sigurnosti u Irskoj čiji ishodi se onda mogu mjeriti u budućim istraživanjima.

POPIS REFERENCI

Agency for Healthcare Research and Quality. (2007a). *Hospital survey on patient safety culture*. Električno izdanje, dostupno na: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/> (Pristupljeno: 19.10.2012.).

Agency for Healthcare Research and Quality. (2007b). Nurse staffing and quality of patient care. Električno izdanje, dostupno na: <http://archive.ahrq.gov/clinic/tp/nursesttp> (Pristupljeno: 09.10.2012.).

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K. i Sermeus W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 143-153.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, P. A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Strømseng Sjetne I. i Smith, H. L. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*. Električno izdanje, dostupno na: <http://www.bmjjournals.org/lookup/doi/10.1136/bmjjournals.0.1717> (Pristupljeno: 29.11.2012.).

Aiken, L. H., Cimiotti, J., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L. i Neff, D. (2011). The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49, 1047-1053.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Chen, R. B., Sloane, D. M. i Silber, J. H. (2003). Education levels of hospital nurses and surgical patients mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1617-1623.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. i Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3), 43-53.

Aiken, L. H. i Patrician, P. A. (2000) Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.

Behan, J., Condon, N., Milicevic. I. i Shally, C. (2009). *A Quantitative Tool for Workforce Planning in Health Care. FAS, Expert Group on Future Skills Needs*. Električno izdanje, dostupno na: http://www.fas.ie/NR/rdonlyres/9ABC5EE1-CF20-4AA5-ACA4-C5B81DD9FE5E/792/SLMRU_FAS_EGFSN_Final_Version_Report_AQuantitative.pdf (Pristupljeno: 15.04.2012.).

Blegen, M. A., Vaughn, T. E. i Goode, C. J. (2001). Nurse Experience and Education: Effect on Quality of Care. *JONA*, 31 (1), 33-39.

Bobay, K. L., Yakusheva, O. i Weiss, M. E. (2011). Outcomes and cost analysis of the impact of unit-level nurse staffing on post-discharge utilisation. *Nursing Economics*, 29(2), 69-87.

Boorman, S. (2009). *NHS Health and Well Being. Final Report*. HMSO, London. Elektroničko izdanje, dostupno na: <http://www.nhshealthandwellbeing.org/FinalReport.html> (Pristupljeno: 29.11.2012.).

Bruyneel, L., Van den Heede, K., Diya, L., Aiken, L. H. i Sermeus W. (2009). Predictive validity of the international hospital outcomes study questionnaire: an RN4CAST Pilot Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (2), 202-210.

Cleary, P. D. (1999). The increasing importance of patient surveys. Editorial. *British Medical Journal*, 319, 720-721.

Coyle, J. i Williams, B. (1999). Seeing the wood for the trees: definitely the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Service*, 12 (4), i-ix.

Department of Health and Children. (2006). *The Lourdes Hospital Inquiry: An Inquiry into Peripartum Hysterectomy at Our Lady of Lourdes Hospital Drogheda*. Dublin: The Stationery Office.

Department of Health and Children. (2008). *Building a Culture of Patient Safety. Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance*. Dublin: The Stationery Office.

Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L. i Giovanetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30 day mortality. *Nursing Research*, 54, 74-84.

Estabrooks, C. A., Tourangeau, A. E., Humphrey, C., Hesketh, K. L, Giovannetti, P., Thomson, D., et al. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. *Research in Nursing & Health*, 25 (4), 256–268.

Government of Ireland. (1997). *Report of the Tribunal of Inquiry into the Blood Transfusion Service Board*. Dublin: The Stationery Office.

Griffith, P., Jones, S. i Bottle, A. (2013). Is “failure to rescue” derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 292-300.

Gunnarsdottir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M. i Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 920-927.

Harding, K. E. i Taylor, N. F. (2010). Highly satisfied or eager to please? Assessing satisfaction among allied health outpatients. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17 (7), 353-359.

Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., North, N. i Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (2), 237-263.

Health Information and Quality Authority (HIQA). (2012a). *Report of the investigation into the quality, safety and governance of the care provided by the Adelaide and Meath Hospital, Dublin incorporating the National Children's Hospital (AMNCH) for patients who require acute admission*. Dublin, Georges Lane: HIQA.

Health Information and Quality Authority (HIQA). (2012b). *General Guidance on the national standards for safer better healthcare*. Električno izdanje, dostupno na:

<http://www.hiqa.ie/publications?topic=17&type>All&date%5Bvalue%5D%5Byear%5D=>
<http://www.hiqa.ie/press-release/2012-05-17-tallaght-hospital-investigation-report-published-health-information-and-qua>

Health Information and Quality Authority (HIQA). (2008). *Report of the investigation into the circumstances surrounding the provision of care to Rebecca O'Malley, in relation to her symptomatic breast disease, the Pathology Services at Cork University Hospital and Symptomatic Breast Disease Services at the Mid Western Regional Hospital, Limerick* (online). Električno izdanje, dostupno na: <http://www.hiqa.ie/press-release/2008-04-02-investigation-report-care-received-rebecca-o%E2%80%99malley-symptomatic-breast-dise> (Pristupljeno: 29.11.2012.).

Health Service Executive. (2012). *National Service Plan (NSP)*. Električno izdanje, dostupno na: <http://www.hse.ie/eng/services/Publications/corporate/nsp2012.html> (Pristupljeno 02.10.2012.).

Health Service Executive. (2011). *Good faith reporting policy*. Električno izdanje, dostupno na: http://www.hse.ie/eng/staff/Resources/hrppq/Good_Faith_Reportin_Policy_2011.pdf (Pristupljeno: 30.01.2013.).

Health Service Executive. (2011). *HSE Service Plan West 2011*. Električno izdanje, dostupno na: <http://www.hse.ie/eng/services/Publications/corporate/regionserviceplanwest2011.pdf> (Pristupljeno: 06.03.2012.).

Health Service Executive. (2008a). Consultants Contract 2008. Električno izdanje, dostupno na: http://ethics.hse.ie/eng/staff/Resources/Terms_Conditions_of_Employment/ccontract/ (Pristupljeno: 17.12.2012.).

Health Service Executive. (2008b). *Health Status of the Population of Ireland*. Električno izdanje, dostupno na: http://www.hse.ie/eng/services/Publications/HealthProtection/Public_Health /Health_Status_of_the_Population_of_Ireland_2008.html (Pristupljeno: 11.11.2010.).

Health Service Executive. (2008c). *Corporate Plan 2008 – 2011*. Električno izdanje, dostupno na: http://www.hse.ie/eng/services/Publications/corporate/Corporate_Plan_2008 - 2011.pdf (Pristupljeno: 30.01.2013.).

Health Service Executive 2007. Insight 07. Health and Social Services in Ireland - a survey of consumer satisfaction. Električno izdanje, dostupno na: http://www.hse.ie/eng/services/Publications/ Your_Service,_Your_Say_Consumer_Affairs/Reports/Insight_07.pdf (Pristupljeno: 22.08.2012.).

Healthstat. Električno izdanje, dostupno na: <http://www.hse.ie/eng/staff/healthstat>Last> (Pristupljeno: 08.11.2012.).

Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems. (2005). *CHAHPS Hospital Survey*. Električno izdanje, dostupno na: <http://www.hcahpsonline.org/surveyinstrument.aspx> (Pristupljeno: 22.10.2010.).

Institute of Medicine. (1999). *To err is human*. Washington, DC: National Academy Press.

Johnstone, M. J. i Kanitsaki, O. (2006). The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 367-376.

Kalish, B. J. i Lee, K. H. (2011). Nurse staffing levels and teamwork: a cross-sectional study of patient care units in acute care hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 43 (1), 82-88.

Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S. i Wilt, T. J. (2007). Nursing staffing and quality of patient care. *Medical Care*, 45 (12), 1195-1204.

Keegan, A. D. (2010). Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed. *Medical Journal of Australia*, 193, 291-293.

Kehoe, M. (2012). *Safety and quality improvement directorate: a new direction for HIQA*. Elektroničko izdanje, dostupno na: HIQA, <http://www.hiqa.ie/system/files/Safety-Quality-Improvement-Directorate-Presentation.pdf>. (Pristupljeno: 19.02.2013.).

Kendall-Gallagher, D., Aiken, L. H., Sloane, D. M. i Cimiotti, J. P. (2011). Nurse Specialty Certification, Inpatient Mortality, and Failure to Rescue. *Journal of Nursing Scholarship*, 43 (2), 188-194.

Kendall-Gallagher, D. i Blegen, M. A. (2009). Competence and Certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 18 (2), 106-114.

Kirwan, M., Matthews, A. i Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 253-263. Elektroničko izdanje, dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012>

Kirwan, M. (2012). Elektroničko izdanje, dostupno na: [Advancing safety in Irish hospitals: A quantitative study of organisational, ward and nurse factors that impact on patient safety outcomes](#). Doktorski rad. Dublin: Dublin City University.

Kramer, M. i Hafner, L. P. (1989). Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research*, 38, 172-177.

Kutney-Lee, A. i Aiken, L. H. (2008). Effect of nurse staffing and education on the outcomes of surgical patients with co-morbid serious mental illness. *Psychiatric Services*, 59 (12), 1466-1469.

Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F. i Aiken, L. H. (2009). Nursing: a key to Patient Satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), w669-w677.

Kutney-Lee, A., Wu, E. S., Sloane, D. M. i Aiken, L. H. (2013). Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 195-201.

Lake, E. T. (2007). The Nursing Practice Environment: measurement and evidence. *Medical Care Research and Review*, 64 (2), Dodatak, 104S-122S.

Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25 (3), 176-188.

Larsson, B. W., Larsson, G. i Starrin, B. (1999). Patients' views on quality of care: a comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*, 7, 133-139.

Laschinger, H. K. S. (1996). A theoretical approach to studying work empowerment: a review of studies testing Kanter's theory of structural power in organisations. *Nursing Administration Quarterly*, 20 (2), 25-41.

Levinson, D. R. (2012). *Hospital Incident Reporting Systems Do Not Capture Most Patient Harm*. Department of Health and Human Services, Office of Inspector General. Elektroničko izdanje, dostupno na: <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00091.pdf> (Pristupljeno: 19.01.2012.).

Li, Y. F., Lake, E. T., Sales, A. E., Sharp, N. D., Greiner, G. T., Lowy, E., Liu, C. F. i Sochalski, J. A. (2007). Measuring nurses' practice environments with the revised nursing work index: Evidence from registered nurses in the Veterans Health Administration. *Research in Nursing and Health*. 30(1), 31-44.

Lu, H., Barriball, L., Zhang, X. i While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1017-1038.

Lu, H., While, A. E. i Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42 (2), 211-227.

Mallidou, A. A., Cummings G. G., Estabrooks, C. A. i Giovannetti, P. B. (2011). Nurse speciality subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: a multiple-group structural equation model. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 81-93.

Manojlovich, M., Sidani, S., Covell, C. L. i Antonakos, C. L. (2011). Nurse dose. Linking staffing variables to adverse patient outcomes. *Nursing Research*, 60 (4), 214-220.

Maslach, C., Jackson, S. E. i Leitner, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory. U: Zalaquett, C. P., Woods, R. J., (Ur. 3. izdanja). *Evaluating stress: a book of resources* (str. 191-218). Lanham MD: Scarecrow Press.

McCarthy, G., Tyrell, M. P. i Cronin C. (2002). *National Study of Turnover in Nursing and Midwifery*. Department of Health and Children. Dublin: Stationary Office.

McClure, M., Poulin, M., Sovie, M. i Wandelt, M. (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. American Academy of Nursing. Kansas City: MO Publications.

McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J. i Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: Differences between units at the same hospital.

International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services, 17(6), 313-322.

Michel, G. i Stratulat, S. (2010). *Good Reasons to Implement Transnational European Diploma Programs in Computer Science*. Knjiga sažetaka: 1st International Conference on

European Transnational Education (ICEUTE 2010). Električno izdanje, dostupno na: http://www.hal.inria.fr/hal-00553078/PDF/MicStr_2010.pdf

Needleman, J., Buerhaus, P. I., Stewart, M., Zelevinsky, K. i Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Affairs* 25 (1), 204-211.

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. A., Leibson, C. L., Stevens, S. R i Harris M. (2011). Nurse staffing and in-patient hospital mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364, 1037-1045.

Organisation for Economic Co-Operation and Development. (2009). *Health at a Glance 2009. OECD indicators*. OECD Publishing.

O'Toole, M. (2002). The relationship between employees' perceptions of safety and organisational culture. *Journal of Safety Research*, 33, 231-243.

Patient Safety Education Project. (2008). *PSEP: Participants Handbook*. Električno izdanje, dostupno na: http://patientsafetyeducationproject.org/media/docs/PSEP_Participant_Handbook.pdf (Pristupljeno 19.01.2012.).

Patrician, P. A., Loan, L. L., McCarthy, M., Fridman, M., Donaldson, N., Bingham, M. i Brosch L. R. (2011). The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events. *The Journal of Nursing Administration*, 41 (2), 64-70.

Polit, D. F, Beck, C. T i Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459-467.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320 (7237), 768-770.

Robinson, S., Murrells, T., Hickey, G., Clinton, M. i Tinlge A. (2003). *A tale of two courses: comparing careers and competencies of nurses prepared via three-year degree and three-year diploma courses*. Nursing Research Unit, School of Nursing and Midwifery. London: Kings College London.

Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C. C. i Jawad, A. F. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 33(9), 478-485.

Scott, P. A., Matthews, A. i Corbally, M. (2003). *Nurses' and Midwives' Understanding and experiences of empowerment. Final Report*. Dublin: Department of Health and Children.

Sermeus, W. i Bruyneel, L. (2010). *Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration: summary report of the three policy dialogues*. European Observatory on health systems and policies, Brussels, Belgium. Električno izdanje, dostupno na: http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/Report_PD_Leuven_Final.pdf.

Silber, J. H., Williams, S. V., Krakauer, H. i Sanford-Schwartz, J. (1992). Hospital and Patient Characteristics Associated with Death after Surgery: A Study of Adverse Occurrence and Failure to Rescue. *Medical Care*, 30(7), 615-629.

- Slater, P. i McCormack, B. (2010). An Exploration of the Factor Structure of the Nursing Work Index. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 7(3), 123-134.
- Sitzia, J. i Wood, N. (1997). Patient Satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45 (12), 1829-1843.
- Sochalski, J. i Aiken, L. H. (1999). Accounting For Variation in Hospital Outcomes: a cross-national study. *Health Affairs*, 18 (3), 256-259.
- Sochalski, J., Aiken, L. H. i Fagin, C. M. (1997). Hospital Restructuring in the United States, Canada, and Western Europe: An Outcomes Research Agenda. *Medical Care*, 35 (10), Dodatak OS13-OS25.
- Squires, A., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Sermeus, W., Bruyneel, L., Lindqvist, R., Schoonoven, L., Stromseng, I., Busse, H. R., Brzostek, T., Ensio, A., Moreno-Casbas, M., Rafferty, A. M., Schubert, M. i Zikos, D. (2013). A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *International Journal of Nursing Studies*, 50(4), 264-273.
- Taunton, R. L., Butcher, L. i Bott, M.J. (2001). *National database of nursing quality indicators: Evaluation of the NDNQI. Nursing Work Index*. Kansas City, KS: National Centre for Nursing Quality.
- Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P. i Finn, J. (2011). The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 540-548.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H, Sloane, D. M, Clarke S. P. i Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42 (Dodatak 2.), II57-66.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H. i Van de Heyning, P. (2009). Practice environment and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: Development and preliminary validation of Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 54-64.
- Weinberg, D. B., Cooney-Miner, D. i Perloff, J. N. (2012). Analysing the relationship between nursing education and patient outcomes. *Journal of Nursing Regulation*, 3(2), 4-10.
- World Health Organisation (2011). *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional edition*. Elektroničko izdanje, dostupno na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf (Pristupljeno: 19.01.2012.).
- You, L., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G., Hu, Y., Jiang, X., Li, X., Liu, H., Shang, S., Kutney-Lee, A. i Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154-161.