



POVZETEK GRADIVA

MEDNARODNI DAN MEDICINSKIH SESTER 2006

Z USTREZNIŠIM ZAPOŠLOVANJEM REŠUJEMO ŽIVLJENJA

Informacije in zbirka orodij za delo

ICN – International Council of Nurses – dostopno na <http://www.icn.ch/indkit2006>
ISBN 92-95040-44-9

Uvod

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

Zagotavljanje zdravstvenega varstva se v večini držav do jema kot prednostna naloga. Stopnja konkretne odgovornosti za storitve zdravstvenega varstva in koncept zagotavljanja zdravstvene nege sta v ospredju večine razprav o politikah. Vendar pa konkretna odgovornost postane problematična, ko obstaja nezadostna ponudba osebja zdravstvenega varstva, kot so medicinske sestre. V zadnjih dvajsetih letih so se pojavile večje krize, kot so pandemija AIDS, SARS, potencialni izbruhi gripe, recesije, ki so povzročile pomanjkanje osebja v zdravstveni negi in povečanje stroškov zdravstvenega varstva. Zdaj se bolje razume učinek, ki ga ima zaposlovanje medicinskih sester na varnost pacientov in na obolenost ter umrljivost.

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

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

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

Pomemben dejavnik maksimiranja celotnega potenciala delovne sile je ustvarjanje pogojev za poklicno napredovanje (stopnic) delavcev v zdravstvenem varstvu, s čimer se

produktivno izkoristi začetno zanimanje in izkušnje sorodnega zdravstvenega osebja. To je pomembno pri novačenju zdravstvenih delavcev in za ohranjanje zadostne ponudbe.

1. POGlavJE

Ozadje ustreznega zaposlovanja

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

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

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

Malo je definicij, ki združujejo pojma ustreznost in zaposlovanje.

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

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

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

2. POGlavJE

Zakaj je ustrezno zaposlovanje pomembno?

Gibanje za varnost pacientov

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

Gibanje za varnost pacientov je pomembno, ker se osredotoča na več različnih pokazateljev zdravstvene nege. Gre za široko področje, ki ga je upravičilo dokumentiranje nezaželenih dogodkov pri zdravstveni negi, ki se navadno zagotavlja v okolju bolnišnice. Nezaželeni dogodki, na primer padci, napake pri medikaciji in napačni kirurški posegi, so bili dokumentirani kot dejavniki, ki so povečali obolevnost in umrljivost pacientov. V kanadski študiji nezaželenih dogodkov je Baker s kolegi (2004) odkril stopnjo pojavljanja nezaželenih dogodkov 7,5 %. To napeljuje na misel, da je od skoraj 2,5 milijona sprejemov v bolnišnico letno v Kanadi, ki so podobni tistim iz študije, približno 185.000 takih, ki so povezani z nezaželenim dogodkom, od teh pa bi se jih dalo preprečiti 70.000. Do enako zaskrbljujoče statistike so prišli v projektu, ki ga je naročil Medicinski inštitut. Kohn, Corrigan in Donaldson (2000) so v svojem pregledu pokazali, da imajo sistemi zdravstvenega varstva težave, ki so posledica neustreznih procesov, nezadostne podpore človeških virov in sistemov, ki ne promovirajo varne prakse. Avtorji pravijo, da po ocenah strokovnjakov 98.000 ljudi na leto umre zaradi napak pri zdravljenju, do katerih pride v bolnišnicah; to je več kot število smrti zaradi nesreč z motornimi vozili, zaradi raka dojke ali AIDS. Predlagana so bila priporočila na nacionalni, državni in lokalni ravni, s katerimi bi zmanjšali napake pri zdravljenju in izboljšali varnost pacientov; osredotočajo se na:

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

Dognanja v podporo zadostnemu zaposlovanju so čedalje številčnejša.

Da bi uresnili zgoraj navedeno, je potrebno zadostno zaposlovanje. Več raziskovalnih člankov je opisalo neposreden odnos med ustreznim zaposlovanjem in rezultati pri pacientih (npr. umrljivost in obolevnost). Dognanj v podporo zadostnemu zaposlovanju je za različne pogoje in okolja čedalje več. Čeprav se to raziskovanje izvaja z vidika Zahoda in je osredotočeno na zdravstveno nego v bolnišnicah, pa ponuja dobro osnovo, na podlagi katere se lahko podpre odločitve, ki spodbujajo zadostno zaposlovanje. Že leta 1998 so Blegen, Goode in Reed preučevali učinke zaposlovanja medicinskih sester na umrljivost in obolevnost pacientov. Odkrili so, da je večja zastopanost medicinskih sester povezana z nižjim obsegom napak pri medikaciji in preležanin ter z večjim zadovoljstvom pacientov. Dodatna študija je istega leta preučila ravni zaposlovanja medicinskih sester in rezultate pri pacientih ter odkrila, da so se napake pri jemanju zdravil zmanjšale z večjim deležem medicinskih sester v kombinaciji osebja (Blegen & Vaughn 1998).

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

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

Kovner (2001) je preučil učinek zaposlovanja in organizacije dela na rezultate pri pacientih in na delavce v zdravstvenem varstvu. Raziskava zaposlovanja je bila specifična za disciplino (za zdravstveno nego). Večina avtorjev je odkrila obratno sorazmerje med umrljivostjo in številom medicinskih sester na pacienta na dan, odstotkom medicinskih sester glede na vse osebje zdravstvene nege in številom medicinskih sester na bolnišnico. Nekateri avtorji so poročali o obratnem sorazmerju med številom medicinskih sester na pacienta na dan in številom nezaželenih dogodkov. V opazovalni kohortni študiji, ki so jo vodili Dimick, Swoboda, Pronovost in Lipsett (2001), je bila odkrita povezava med zmanjšanim številom medicinskih sester ponoči in povečanim tveganjem v zvezi s specifičnimi postoperativnimi pljučnimi zapleti. Ko se je povečalo število ur dela medicinskih sester na pacienta, je bilo opaženo zmanjšanje števila padcev in večje zadovoljstvo pacientov z bolečinami, (Sovie & Jawad 2001).

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

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

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

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

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

Lankshear, Sheldon in Maynard (2005) so pregledali 22 študij, ki so potrdile, da sta zadostno zaposlovanje in ustrežna kombinacija veččin povezani z izboljšanimi rezultati pri pacientih. Povzetek strokovne literature, ki ga je napravila Kanadska federacija zvez medicinskih sester (CFNU 2005), beleži trdna empirična dognanja, ki kažejo na povezavo med nezadostnim zaposlovanjem medicinskih sester in različnimi nezaželenimi rezultati pri pacientih, kot so preležanine; oku-

be sečnih poti; pljučnica; postoperativne okužbe ran; napake pri medicaciji; pljučni zapleti; tromboza; neuspešno obvladovanje bolečin; krvavitve v zgornjem gastrointestinalnem traktu; padci, šok in srčni zastoj; neuspeh pri reševanju ter ponoven sprejem v bolnišnico. Po drugi strani pa se zadovoljstvo pacientov zmanjšuje z manjšim zaposlovanjem medicinskih sester. Pokazalo se je tudi zmanjšanje obsega nezaželenih dogodkov, ko so bile ravni zaposlovanja medicinskih sester zadostne glede na raven potrebne zdravstvene nege pacientov.

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

Vloga konkurence

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

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

Medicina dela: Zdravje medicinskih sester

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

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

V zvezi s poskusi, da bi novačili ali obdržali osebje, so študije pokazale, da obstaja povezava med ravnmi zaposlo-

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

Poklicna odgovornost

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

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

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

Problematika zakonske odgovornosti se osredotoča na vidike zdravstvene nege, ki vključujejo posameznice kot tudi tim. Medicinska sestra je torej zakonsko odgovorna ne glede na situacijo (kontekst, v katerem se zgodi napaka). Ustrezno zaposlovanje je tako za medicinske sestre eden od kritičnih elementov, ker vpliva na njihovo zmožnost zagotoviti ustrezno zdravstveno nego. Možnost, da bo medicinska sestra zakonsko odgovarjala na sodišču, se poveča v kliničnem kontekstu, kjer obstajata neustrezna infrastruktura in zaposlovanje. V številnih okoljih zdravstvenega varstva je pomanjkanje osebja lahko stvar ponudbe (država ne proizvede dovolj delavcev zdravstvenega varstva, da bi se podprl sistem). Do drugačne situacije pride, ko delavci migrirajo hitreje, kot pa država proizvaja nove medicinske sestre. To kritično dilemo osvetljuje Svetovna zdravstvena organizacija v združenem poročilu (Awases in kolegi 2004), ki predstavlja odkritja študije o migraciji delavcev zdravstvenega varstva v več Afriških državah. Ker številni delavci zdravstvenega varstva migrirajo, se medicinske sestre, ki ostanejo, soočajo z zelo nizkimi ravnmi zaposlovanja, te pa jih ovirajo pri zagotavljanju varne zdravstvene nege.

3. POGLAVJE

Priložnosti

Bolnišnice z ustreznimi ravnmi zaposlovanja lahko ustvarijo znatne finančne prihranke.

Po mnenju Zveze medicinskih sester Kalifornije (CNA n.d.) lahko bolnišnice z ustreznimi ravnmi zaposlovanja ust-

varijo znatne finančne prihranke. Nezadostno zaposlovanje povzroča dodatne stroške, ki nastanejo zaradi fluktuacije medicinskih sester in potreb po najemanju začasnih medicinskih sester. Dolgoročno investiranje v zaposlene s polnim delovnim časom prinaša prihranke tako pri novačenju kot pri obdržanju (Baumann & Blythe 2003a; Baumann & Blythe 2003b). Za ustrezno zaposlovanje se je večkrat izkazalo, da prispeva k boljšim rezultatom pri pacientih, kar se v končni fazi kaže v zmanjšanih zdravstvenih stroških za posameznike, družine in skupnosti ter v povečanih prihodkih od davkov, ker se pacienti vrnejo v aktivno delovno silo.

Kombinacija veščin: Pojasnitev vlog

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

Na ustrezno ali zadostno zaposlovanje medicinskih sester vplivajo drugi izvajalci zdravstvenega varstva. Zagotavljanje zdravstvenega varstva vključuje več različnih vlog in položajev. Pomembno je uveljaviti smernice za določene vloge in določiti učinkovito kombinacijo le-teh – ta se bo od države do države razlikovala. Obstaja že manjše število modelov in okvirov za sestavljanje ustrezne kombinacije osebja, vendar ti ne pridejo v poštev za vsako situacijo. Določanje prave kombinacije osebja je pomembno. Napake pri kombinaciji osebja zdravstvene nege lahko pripeljejo do kliničnih napak, ki lahko povzročijo nezaželene rezultate pri pacientih in organizaciji (Zveza kanadskih medicinskih sester 2003). Potrebno je dodatno sodelovanje na lokalni in nacionalni ravni, da se poveča razumevanje prispevkov različnih strokovnjakov zdravstvenega varstva in prostovoljcev.

4. POGLAVJE

Ovire

Ponudba in povpraševanje

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

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

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

najbolj učinkoviti in uspešni načini za reševanje pomanjkanja medicinskih sester? Mednarodno novačenje ni ustrezna rešitev. Buchan, Parkin in Sochalski (2003) predlagajo okvir politike odzivov na pomanjkanje medicinskih sester:

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

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

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

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

Povpraševanje prebivalstva po zdravstvenem varstvu se v različnih delih sveta razlikuje. V nekaterih državah, ki so jih prizadele bolezni, je ponudba medicinskih sester močno zmanjšana zaradi migracije in ogromnih zdravstvenih potreb. Na lokalno ponudbo medicinskih sester lahko vpliva migracija. V zadnjih štirih desetletjih se je število mednarodnih migrantov več kot podvojilo (192 milijonov letno). Medicinske sestre so čedalje večji del migracijskih tokov, ki potekajo po svetu. V Avstraliji, Kanadi, Združenem kraljestvu in ZDA strokovnjaki zdravstvenega varstva, ki so se izobraževali v tujini, zdaj predstavljajo 25 % delovne sile zdravnikov in medicinskih sester.

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

Finančne omejitve

Ustrezno zaposlovanje morda ni deležno dovolj pozornosti.

Sistemi zdravstvenega varstva so dragi. Številni interesi tekmujejo za denar, ki se namenja zdravstvu, in države se po svojih investicijah v zdravstveno problematiko razlikujejo. Največji stroški nastanejo zaradi zdravil, tehnologije in storitev zdravnikov. Druge stroške predstavlja denar, ki se namenja ustanovam in zdravstveni negi v skupnosti, kjer sta zasidrana zdravstvena nega in ustrezno zaposlovanje. Ker se ustrezno zaposlovanje dogaja v kontekstu širokega spektra

stroškovnih premislekov, se lahko zgodi, da se mu ne posveča dovolj pozornosti, razen če se ga postavi ob bok varnosti pacientov.

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

Pomanjkanje učinkovitih orodij za merjenje delovnih obremenitev

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

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

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

5. POGLAVJE

Kako do ustreznega zaposlovanja?

Pobude za ustrezno zaposlovanje se lahko spodbuja na več načinov.

Zakonodaja

Nekatere države so bile sposobne uveljaviti zakonodajo, ki je izboljšala ustrezno zaposlovanje medicinskih sester. V ZDA, na primer, je Ameriška zveza medicinskih sester (ANA) predlagala zakonodajo za ustrezno zaposlovanje me-

dicinskih sester (The ANA Talks 2001). Potreba po takšni zakonodaji se je pojavila zaradi pomanjkanja medicinskih sester v ZDA ter posledic, ki jih je to prineslo (npr. nadurno delo in poslabšanje zdravstvene nege ter varnosti pacientov). Zakonodaja, ki je bila sprejeta v spodnjem domu kongresa decembra 2003, vsebuje:

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

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

Drug pristop k zagotavljanju ustreznega zaposlovanja v zdravstveni negi je zakonodaja o ustreznih razmerjih pri zaposlovanju (ICN n.d.). Medtem ko so bila razmerja pri zaposlovanju priporočena v Belgiji s pomočjo minimalnega podatkovnega niza (ICN 2004), so uzakonjena razmerja med številom medicinskih sester in številom pacientov začeli uporabljati v praksi le v ameriški državi Kaliforniji in v avstralski državi Viktoriji. Vendar vsaj 14 drugih ameriških držav razmišlja o podobnih zakonodajah (CFNU 2005). Razmerja so maksimalna števila pacientov, ki se jih lahko dodeli eni medicinski sestri v eni izmeni ter se razlikujejo glede na intenzivnost zdravstvene nege (CNA 2003).

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

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

Prednosti:

- Študije kažejo, da višje razmerje med številom medicinskih sester in številom pacientov igra pomembno vlogo pri rezultatih zdravstvene nege pacientov (Dimick, Swoboda, Pronovost & Lipssett 2001; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi & Jawad 2003);
- Izboljša se kakovost zdravstvene nege, ki se zagotavlja pacientom (CFNU 2005);
- Izboljša se novačenje in zadržanje medicinskih sester (CFNU 2005; CNA 2003);

- Poveča se dobrobit in morala medicinskih sester, zmanjša se število poškodb na delovnem mestu, poveča se zadovoljstvo s službo in zmanjša se stres (CFNU 2005);
- Poveča se sposobnost zagotavljanja storitve javnosti (CFNU 2005);
- Poveča se zaupanje v sistem javnega zdravstva (CFNU 2005);
- Zmanjša se odvisnost od agencij za zdravstveno nego (CFNU 2005); ter
- Odsotnost določil za uveljavljanje razmerij v prostovoljnih načrtih za zaposlovanje (CFNU 2005).

Slabosti:

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

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

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

Strokovna presoja

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

Namesto zakonskega urejanja ustreznih razmerij zaposlovanja nekateri avtorji predlagajo, da naj organizacije oblikujejo lastne definicije ustreznega zaposlovanja na osnovi spremenljivk, kot so resnost stanja pacientov, število razmerij in

kombinacija osebja. Ameriška zveza medicinskih sester podpira strokovno presojo pri določanju ustreznih ravni zaposlovanje, kot se kaže v njeni zakonodaji o ustreznem zaposlovanju, ki je dosegla vrh z Zakonom o kakovostni zdravstveni negi leta 2004. Ta zakon je zasnovan na Načelih zaposlovanja medicinskih sester Ameriške zveze medicinskih sester, ki pravijo, da sistemi ustreznega zaposlovanja zahtevajo vnos medicinskih sester, ki zagotavljajo neposredno zdravstveno nego, skupaj z upoštevanjem števila pacientov, izkušnjami medicinskih sester v oddelku, resnosti stanj pacientov in razpoložljivostjo podpornih sistemov in virov (ANA 1999; Artz 2005; Donnellan 2003; »Safe Staffing Initiatives« 2004).

Poklicni okviri

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

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

6. POGLAVJE

Vloga nacionalnih organizacij medicinskih sester

Raziskovanje

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

Oblikovanje politik

Proaktivne voditeljice v zdravstveni negi poznajo dejansko stanje v praksi in so strokovnjakinje za reševanje težav. Deležniki zdravstvenega sektorja in medicinske sestre pričakujejo od nacionalnih organizacij medicinskih sester vodenje in učinkovite strategije za obvladovanje kritičnega pomanjkanja, s katerim se soočajo številni sistemi zdravstvenega varstva po celem svetu. Nacionalne organizacije medicinskih sester so uvedle procese akreditiranja za organizacije zdravstvenega varstva, pri katerih je eden od kriterijev ustre-

zno zaposlovanje. Njihovo oblikovanje politik je ustvarilo novo funkcijo nacionalne organizacije medicinskih sester, ki zdaj prevzema razširjeno vlogo v zdravstvenem sektorju.

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

Zagovorništvo

Nacionalne organizacije medicinskih sester igrajo ključno vlogo pri zagovarjanju zdravih delovnih okolij in ustreznih zaposlovalnih praks. To se lahko dogaja na nacionalni ravni ali pa v vlogi posebne interesne/specializirane skupine. Adkinson (2004) na primer razpravlja o stališčih Društva pediatričnih medicinskih sester o ustreznem zaposlovanju. Društvo zagovarja zadostne ravni zaposlovanja na pediatričnih oddelkih. Njihova priporočila so zasnovana na študijah, ki kažejo povečane ravni obolevnosti in umrljivosti pacientov v primerih, ko ni na voljo zadostnega zaposlovanja. Zveza medicinskih sester Severne Karoline (2005) ima prav tako dokument o stališčih glede ustreznega zaposlovanja. Podpira prizadevanja za promocijo ustreznega zaposlovanja za medicinske sestre in podpira Zakon o ustreznem zaposlovanju medicinskih sester ter Načela Ameriške zveze medicinskih sester za zaposlovanje medicinskih sester (glejte Dodatek 5). Poudarja potrebo po tem, da se rezultate ustreznega zaposlovanja jasno definira v zdravstveni negi pacientov, v delovnem življenju medicinskih sester in pod organizacijskimi kategorijami.

Zastopanje

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

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

Pogajanje

V kontekstu kritičnega pomanjkanja medicinskih sester se načrtovanje človeških virov pogosto navaja kot enega prvih ukrepov, ki so potrebni, da se situacija popravi. Nacionalne organizacije medicinskih sester morajo igrati odločilno vlogo in govoriti v imenu medicinskih sester ter zdravstvene nege, se pogajati za zadostno ponudbo medicinskih sester, ki vstopajo v aktivno prakso (npr. število študijskih mest,

subvencije in štipendije), ter odločno zahtevati delovne pogoje, v katerih kompetentne medicinske sestre ostanejo v zdravstvu (npr. ustrezno zaposlovanje).

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

7. POGLAVJE

Priporočila

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

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

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

ZBIRKA ORODIJ ZA POBUDO

Dodatek 1

Orodje za ocenjevanje zaposlovanja medicinskih sester

Delovno okolje delodajalcev/organizacija

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

Medicinska sestra

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

Vlada

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

Nacionalna organizacija medicinskih sester

- Ali nacionalna organizacija medicinskih sester podpira procese akreditacije organizacij zdravstvenega varstva, ki vključujejo kriterij ustreznega zaposlovanja?

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

Izobraževalna ustanova

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

Regulatorna telesa

- Ali regulatorna telesa redno pregledujejo doseg prakse in kompetenc, ki se zahtevajo za zagotavljanje sodobne zdravstvene nege?
- Ali se podatke iz registra redno uporablja kot osnovo za odločitve v zvezi z načrtovanjem delovne sile in ocenjevanje uspešnosti pobud, ki so namenjene novačenju in obdržanju osebja?
- Ali regulatorno telo redno analizira trende, ki so razvidni iz pritožb in zdravstvenih rezultatov, ter izdajajo priporočila, s katerimi obveščajo delodajalce in vlado o novo nastalih problematikah v zvezi z delovno silo?
- Ali se regulatorna telesa redno sestajajo s sektorji, kot so izobraževanje, zdravstvo in delo?

Dodatek 2

Varno zaposlovanje: Kaj lahko storijo medicinske sestre

- Lobirate lahko za ustrezne ravni zaposlovanja in zdrava delovna okolja v vaših službah, v vaši skupnosti in na nacionalni ravni. Uporabite elektronsko pošto, pisma ali obiske vladnih uradov, da poučite vladne uradnike, višje upravne bolnišnic ali upravne skupnosti ter druge, ki sprejemajo odločitve, ter organizacije, ki vplivajo na prakso zdravstvene nege. Priporočite varna razmerja v danih lokalnih in institucionalnih kontekstih. Pogajajte se za ustrezno zaposlovanje v kolektivnih pogodbah. Pokažite, zakaj je ustrezno zaposlovanje pomembno za varnost vaših pacientov in kakšno vrsto zdravstvene nege lahko zagotovite ob ustreznih ravneh zaposlovanja.

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

Viri

1. Adkison PM (2004). Safe staffing for pediatric patients. *The Alabama Nurse*, 31(1), 26.
2. Aiken LH, Clarke SP & Sloane DM (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5–13.

3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Nursing Association*, 28(16), 1987–1993.
4. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J & Weber AL (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760–72.
5. Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ & Lipsett PA (2000). ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Medicine*, 26, 1857–1852.
6. American Federation of Teachers (1995). Definition of »safe staffing.« *Stran obiskana* 8. novembra, 2005, <http://www.aft.org/topics/healthcare-staffing/definition.htm>
7. American Nurses Association (1999). Principles for nurse staffing. *Stran obiskana* 8. novembra, 2005, <http://www.nursingworld.org/readroom/stffprnc.htm>
8. The ANA talks about their safe staffing and safe care campaign (2001). *Alabama Nurse*, 28(1), 20.
9. Artz M (2005). Setting nurse-patient ratios: ANA bill calls for development of staffing systems in hospitals. *American Nurses Association*, 105(5), 97.
10. Awases M, Gbary A, Nyoni J & Chatora R (2004). Migration of health professionals in six countries: A synthesis report. *Stran obiskana* 8. julija, 2005, <http://www.afro.who.int/dsd/migration6countriesfinal.pdf>
11. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. (2004). The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678–86.
12. Baumann A & Blythe J (2003a). Restructuring, reconsidering, reconstructing: Implications for health human resources. *International Journal of Public Administration*, 26(14), 1561–79.
13. Baumann A & Blythe J (2003b). Nursing human resources: Human cost versus human capital in the restructured health care system. *Health Perspectives*, 3(1), 27–34.
14. Baumann A, Deber RB, Silverman BE & Mallette CM (1998). Who cares, who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1040–5.
15. Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S et al. (2001). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
16. Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43–50.
17. Blegen MA & Vaughn T (1998). A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics*, 16(4), 196–203.
18. Bolton LB, Jones D, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Lowe M et al. (2001). A response to California's mandated nursing ratios. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 179–84.
19. Bostick JE (2004). Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 130–6.
20. Buchan J, Parkin T & Sochalski J (2003). International nurse mobility: Trends and policy implications [Electronic version]. Geneva: World Health Organization. *Stran obiskana* 16. julija, 2003, http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf
21. California Nurses Association (n.d.). RN staffing ratios: Can hospitals afford to provide safe staffing? *Stran obiskana* 2. novembra, 2005, http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios_benefit_hospits_0105.pdf
22. California Nurses Association (2003). Fact sheet on RN staffing ratio law. *Stran obiskana* November 2, 2005, from <http://www.calnurse.org/?Action=Print&id=170>
23. Canadian Federation of Nurses Union (2005). Enhancement of patient safety through formal nurse-patient ratios: A discussion paper. *Stran obiskana* 2. novembra, 2005, <http://www.nursesunions.ca/en/Docs/2005-10-03-Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf>
24. Canadian Nurses Association (2003). Patient safety: Developing the right staff mix. Report of think tank. *Stran obiskana* 4. novembra, 2005, http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafety_ThinkTank_e.pdf
25. Canadian Nurses Association (2005). Nursing staff mix: A key link to patient safety. *Nursing Now*, 19, 1–6.
26. Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH & Smith DG (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71–9.
27. Dimick JB, Swoboda SM, Pronovost PJ & Lipsett PA (2001). Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*, 10(6), 376–82.
28. Donnellan C (2003). Safe staffing bill introduced in the Senate. *American Nurses Association*, 103(7), 29.
29. Hurst K (2002). Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams.
30. International Council of Nurses (n.d.). Nurse: Patient ratios. *Stran obiskana* 16. decembra, 2005, http://www.icn.ch/matters_rnpratio.htm
31. International Council of Nurses (2000). Position statement: Occupational health and safety for nurses. *Stran obiskana* 9. decembra, 2005, <http://www.icn.ch/pshealthsafety00.htm>
32. International Council of Nurses (2004). Workload measurement in determining staffing levels. Geneva, Switzerland: Avtor.
33. Kingma M (2006). Nurses on the move: Migration and the global health care economy. Ithaca, NY: Cornell University Press.
34. Kohn LT, Corrigan J M & Donaldson MS (Eds.) (2000). To err is human: Building a safer health system. National Academy: Washington, DC.
35. Kovner C (2001). The impact of staffing and the organization of work on patient outcomes and health care workers in health care organizations. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(9), 458–68.
36. Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315–21.
37. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS & Kravitz RL (2004). A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 326–37.
38. Lankshear AJ, Sheldon TA & Maynard A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: A systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, 28(2), 163–74.
39. Lash AA & Munroe DJ (2005). Magnet designation: A communiqué to the profession and the public about nursing. *Med Surg Nursing*, (Suppl.), 7–13.
40. McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 9–37). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
41. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–22.
42. North Carolina Nurses Association Commission of Standards and Professional Practice (2005). Position paper on safe staffing. *Tar Heel Nurse*, 67(1), 20.
43. Oxford English Dictionary (1989). *Stran obiskana* November 10, 2005, from http://dictionary.oed.com/cgi/entry/50132600?query_type=word&queryword=liability&first=1&max_to_show=10&sort_type=alpha&result_place=2&search_id=z4bw-1atHGH-10768&hilite=50132600
44. Pan American Health Organization (2004). Nursing and midwifery services contributing to equity, access, coverage, quality and sustainability in the health services: Mid term plan 2002–2005. *Stran obiskana* December 15, 2005, from <http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/nur-svcs-eng.pdf>
45. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4–12.
46. Rothberg MB, Abraham I, Lindenauer PK & Rose DN (2005). Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Medical Care*, 43(8), 785–91.
47. Safe staffing initiatives get another boost in Congress (2004). *The American Nurse*, 36(1), 1, 3.
48. Sasichay-Akkadechanunt T, Scalzi CC & Jawad AF (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 478–85.

-
49. Schultz MA, van Servellen G, Chang BL, McNeese-Smith D & Waxenberg E (1998). The relationship of hospital structural and financial characteristics to mortality and length of stay in acute myocardial infarction patients. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2(3), 130–6.
 50. Sheward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M & Ball J (2005). The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*, 13, 51–60.
 51. Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588–600.
 52. Spetz J (2005). Public policy and nurse staffing: What approach is best? *Journal of Nursing Administration*, 35(1), 14–6.
 53. Tourangeau AE, Giovannetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursing-related determinants of 30-mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71–88.
 54. Upvall MJ & Gonsalves A (2002). Behind the mud walls: The role and practice of lady health visitors in Pakistan. *Health Care for Women International*, 23(5), 432–41.
 55. Valentine V (2005, November). Health for the masses: China's 'barefoot doctors.' National Public Radio. Stran obiskana November 10, 2005, from <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4990242>
 56. Winslow R (2005, November 5). The price of a broken heart. *The Wall Street Journal*, p. A1.
 57. World Health Organization (2002). Nursing midwifery services: Strategic directions 2002–2008. Stran obiskana December 15, 2005, from http://w3.whosea.org/LinkFiles/Resources_Anglais.pdf

Prevod:
Primož Trebovšek

Povzela:
Andreja Mihelič Zajec