

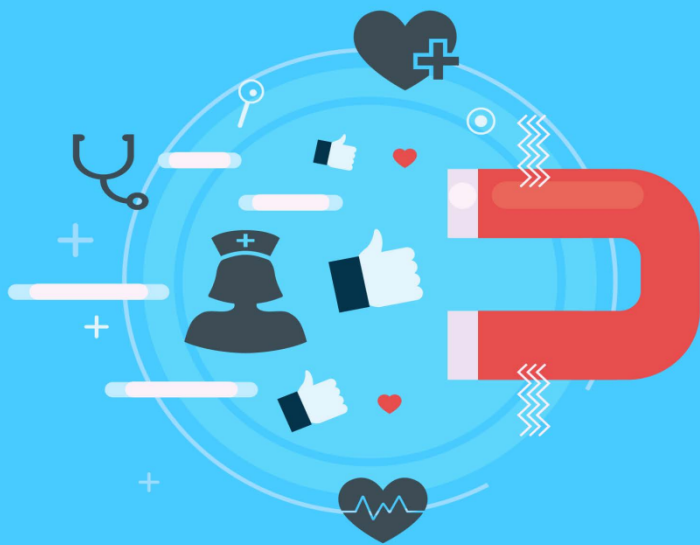


International Council of Nurses
The global voice of nursing

ICNM

International Centre on Nurse Migration
AN INFORMATION RESOURCE FOR POLICY MAKERS, PLANNERS, AND PRACTITIONERS

CGFNS
INTERNATIONAL
Global Credibility



Policy Brief: Nurse Retention

Julij 2018

Avtorji: Izr. prof. dr. James Buchan,
dr. Franklin A. Shaffer

Mag. zdr. nege Howard Catton

3600 Market Street, Suite
400 Philadelphia, PA 19104
USA

www.intlnursemigration.org

KAZALO

UVOD	3
Prvo poglavje: ZAKAJ JE POMEMBNO MEDICINSKE SESTRE ZADRŽATI V SVOJEM POKLICU	4
- VPLIV NA STROŠKE IN STORILNOST	
- VPLIV NA KAKOVOST ZDRAVSTVENE NEGE	
- VPLIV NA ZAPOSLENE V ZDRAVSTVENI NEGI (DELOVNA OBREMENITEV IN DELOVNI POGOJI)	
Drugo poglavje: ZADRŽANJE MEDICINSKIH SESTER V POKLICU: KAJ NAM KAŽEJO DOKAZI	8
- KLJUČNE TOČKE IZ PREGLEDNIH RAZISKAV	
Tretje poglavje: ZADRŽANJE MEDICINSKIH SESTER V POKLICU: OBLIKOVANJE IN UPORABA TEORETIČNEGA OKVIRA ZA OBLIKOVANJE POLITIK	10
- UVOD	
- ZADRŽANJE MEDICINSKIH SESTER V SVOJEM POKLICU: V ČEM JE TEŽAVA?	
- ZADRŽANJE (IN POVEZANE TEŽAVE) V ŠIRŠEM OKVIRJU	
- NAČRTOVANJE UKREPOV ZA ZADRŽANJE MEDICINSKIH SESTER V POKLICU	
- KATERE UKREPE SPREJETI?	
- SVEŽNJI UKREPOV	
Četrto POGlavJE: POVZETEK KLJUČNIH TOČK	17
- OKVIR: KAKO DOSEČI TRAJNE UČINKE NA STALNOST ZAPOSLOTITVE DELAVCEV V ZDRAVSTVENI NEGI	
PRILOGA 1: KAZALNIKI ZADRŽANJA MEDICINSKIH SESTER	20
- PREDNOSTI IN OMEJITVE POSAMEZNIH KAZALNIKOV	
- MINIMALNI NABOR PODATKOV IN NACIONALNA POROČILA O ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU	
PRILOGA 2: ZADRŽANJE MEDICINSKIH SESTER – ORODJA	23
- KONTROLNI SEZNAM STROŠKOV FLUKTUACIJE ZAPOSLENIH	
VIRI	24

UVOD

Vedno bolj se krepí zavedanje, da je za doseganje ciljev zdravstvenih sistemov, vključno z ohranjanjem učinkovitega izvajanja univerzalnega zdravstvenega varstva, potrebna ustrezna in učinkovita delovna sila v zdravstveni negi. To vključuje učinkovit dostop do kakovostnih storitev zdravstvene nege, za kar pa je potrebno učinkovito zadržanje v poklicu in ustrezna geografska porazdelitev nosilcev znanj in spretnosti v zdravstveni negi v okviru trajnostne delovne sile.

To poročilo povzema ključne točke o tem, kar je znanega o učinkovitih politikah zadržanja medicinskih sester v poklicu, s ciljem obveščanja nacionalnih združenj v zdravstveni negi in oblikovalcev politike.

V izhodišču je treba opozoriti, da je na voljo veliko strokovnih člankov in mnenj o tem, kako medicinske sestre zadržati v poklicu. Spletno iskanje po ključni besedi 'zadržanje medicinskih sester' (ang. 'nurse retention') postreže z dobesedno na milijoni zadetkov. To kaže, kako zelo široko je zanimanje za ta problem, vendar pa je večina gradiva lokalne narave ali temelji na opisnih analizah ali mnenjih; dokaj malo je poročil o ocenjenem učinku dobro zasnovane politike.

To ne pomeni, da je večina dosegljivega gradiva brez vrednosti, vseeno pa ta dokument nakazuje splošne smernice na podlagi selektivnega izbora rezultatov verodostojnih raziskav. Cilj je doseči globalno relevantnost ter oblikovalcem politik in nacionalnim združenjem v zdravstveni negi ponuditi sintezo ključnih ugotovitev in usmeritve za politiko na tem področju.

Glede na to, da imajo vsaka organizacija, zdravstveni sistem in država svoje lastne prednostne naloge in izzive v zvezi z zadržanjem medicinskih sester v poklicu, poročilo ne poskuša ponuditi univerzalnih rešitev, ki bi bile takoj na voljo. Oblikovalci politik in nacionalna združenja v zdravstveni negi morajo razviti razumevanje lastnega položaja in prednostnih nalog ter prepoznati najboljšo kombinacijo politik za reševanje lastnih izzivov na področju zdržanja medicinskih sester v poklicu.

To poročilo je praktično usmerjeno, saj povzema sintezo ključnih ugotovitev, ki so z dokazi podprte, s ciljem predstaviti okvir za analizo politike zadržanja medicinskih sester v svojem poklicu. Njegov namen je tudi poudariti orodja in kazalnike, ki jih je mogoče uporabiti za spremljanje vpliva sprejetih ukrepov, katerih cilj je izboljšanje zadržanja medicinskih sester v poklicu. Dokument je sestavljen iz štirih poglavij:

Prvo poglavje pojasnjuje, zakaj je tako pomembno, da se politika organizacije osredotoča na zadržanje medicinskih sester v poklicu.

Drugo poglavje povzema skupek raziskovalnih dokazov o dejavnikih, ki vplivajo na zadržanje medicinskih sester.

Tretje poglavje določa okvir za opredelitev in uvedbo novih ukrepov za zadržanje medicinskih sester v poklicu.

Četrto poglavje povzema ključne točke.

V poročilu so v okvirih posebej poudarjeni primeri ključnih dokazov in usmeritve za oblikovanje politike.

Prvo poglavje: Zakaj je pomembno medicinske sestre zadržati v svojem poklicu

Vsakič, ko zaposleni v zdravstveni negi zapusti zdravstveno organizacijo (kar se imenuje tudi fluktuacija zaposlenih¹), to vpliva tako nanj, na zdravstveno organizacijo in na uporabnike te organizacije, paciente. Vsi odhodi medicinskih sester niso povezani z negativnimi izkušnjami v organizaciji, pa tudi vse posledice odhoda niso nujno negativne. Poleg tega zaposleni v zdravstveni negi ne odidejo vedno 'prostovoljno'² – nekateri pustijo službo zaradi nenačrtovanih razlogov. Upoštevati je treba tudi, da fluktuacija ne pomeni nujno, da medicinske sestre zapuščajo poklic, saj si nekatere le najdejo drugo delovno mesto ali začnejo delati v drugi ustanovi^{3, 4}. Vsak pregled ali analiza fluktuacije v zdravstveni negi pa se mora opirati na isto definicijo. Kljub načinu merjenja fluktuacije in novem delovnem mestu odhajajočih medicinskih sester pa obstaja verjetnost, da bodo organizaciji zaradi fluktuacije zaposlenih v zdravstveni negi nastali stroški in da bo to negativno vplivalo na zdravstveno oskrbo pacientov.

Vpliv na stroške in storilnost

Ko zaposleni v zdravstveni negi odide, se mora organizacija odzvati na nastalo vrzel na področju znanj in spretnosti. Po navadi se to ureja z začasnimi rešitvami za vmesno obdobje, dokler se ne najde zamenjava, vendar pa bo novi zaposleni najverjetneje potreboval nekaj časa, da doseže raven dela svojega predhodnika (npr. prerazporeditev drugih zaposlenih, prelaganje nekaterega dela na poznejši čas, uporaba agencij za posredovanje pogodbenih medicinskih sester itd.). To 'izgubljeno' delo se bo verjetno odražalo v obliki nižje kontinuitete zdravstvene oskrbe, motnji storitev in v zmanjšanju skupne produktivnosti. Če organizacija lahko obdrži (zadrži) zaposlenega v zdravstveni negi, potem ti stroški ne nastanejo.

Če je med časom, ko zaposleni v zdravstveni negi odide pa do prihoda zamenjave daljše časovno obdobje – na primer zaradi pomanjkanja ustrezne delovne sile ali težav pri financiranju –, se lahko ti negativni vplivi povečajo. Kadar je število odhajajočih medicinskih sester veliko v primerjavi s skupnim številom zaposlenih v zdravstveni negi, in kjer je fluktuacija zaposlenih v zdravstveni negi visoka, je lahko negativni učinek na oskrbo pacientov ter stroške organizacije še večji.

Kot smo že omenili, je treba jasno določiti na podlagi česa se poroča fluktuacijo zaposlenih: bodisi na podlagi vseh medicinskih sester, ki zapuščajo ustanovo, ali pa samo tistih, ki so se odločile za nov poklic. Rezultati raziskave, v kateri je sodelovalo 23.000 zaposlenih v zdravstveni negi na internih in kirurških oddelkih bolnišnic v desetih državah⁶ (Belgija, Finska, Nemčija, Irska, Nizozemska, Norveška, Poljska, Španija, Švica in Združeno kraljestvo), so pokazali, da je v naslednjem letu delovno mesto nameravalo zapustiti 33 % zaposlenih v zdravstveni negi, 9 % pa jih je nameravalo zamenjati zaposlitev. Stopnja fluktuacije zaposlenih, ki se nanaša na menjavo zaposlitve, se je v desetih državah gibala med 5 in 17 odstotki.

Narejene so bile številne raziskave, ki so poskušale oceniti stroške fluktuacije zaposlenih v zdravstveni negi. Preučevale so različne finančne učinke na organizacijo, kadar jo zapustijo zaposleni v zdravstveni negi, na primer strošek začasne zamenjave, strošek najema zamenjave in izguba produktivnosti, vsak element pa so tudi finančno ovrednotile. Skupno so stroški fluktuacije za zdravstveno ustanovo lahko precejšnji.

Ena izmed ameriških študij⁷ je pokazala, da skupni stroški fluktuacije zaposlenih v bolnišnici, ki zaposluje 5.000 oseb, letno znašajo med 17 in 29 milijoni dolarjev. Druga ameriška študija⁸ je pokazala, da stroški zamenjave vsakega zaposlenega v zdravstveni negi znašajo med 0,75 in 2,0-

kratnikom letne plače. Pregled⁹ na ravni Evropske unije je poudaril potrebo po utemeljitvi 'poslovnih razlogov' za zadržanje delovne sile v zdravstvu, saj njegovi avtorji trdijo, da »višja stopnja zadržanja zaposlenih v zdravstvu pomeni boljši dostop do zdravstvenih storitev, čemur sledijo boljši zdravstveni izidi in prihranki, saj ne prihaja več do neustrezne uporabe storitev«. Novejše raziskave v številnih državah z visokim dohodkom poročajo o enakih ugotovitvah^{10, 11, 12, 13} (Glej okvir 1).

Okvir 1 Ocena in primerjava stroškov fluktuacije zaposlenih v zdravstveni negi.

V nedavni študiji so v štirih državah (Avstralija, Kanada, Nova Zelandija in ZDA) z uporabo iste stroškovne metodologije primerjali stopnje fluktuacije zaposlenih v zdravstveni negi in posledične stroške. Rezultati so pokazali, da je bilo težko meriti in primerjati stroške in stopnje fluktuacije zaradi razlik v opredelitvah in metodologijah. Rezultati so bili standardizirani v ameriških dolarjih. Izkazalo se je, da so v Avstraliji stroški fluktuacije zaradi večjih stroškov prenehanja dela (približno 50 % posrednih stroškov) in začasnih stroškov zamenjave (približno 90 % neposrednih stroškov) znatno višji (48.790 dolarjev). Stroški so bili skoraj 50 % nižji v ZDA (20.561 dolarjev), Kanadi (26.652 dolarjev) in Novi Zelandiji (23.711 dolarjev). Tudi stopnje fluktuacije so se med državami zelo razlikovale: ta je bila najvišja na Novi Zelandiji (44,3 %), sledijo ji ZDA (26,8 %), Kanada (19,9 %) in Avstralija (15,1 %). Avtorji so zaključili, da velik delež stroškov fluktuacije nastane zaradi plačila začasnih zamenjav, kar poudarja pomembnost zadržanja medicinskih sester v zdravstveni negi¹⁴.

Vsaka od teh študij je sicer uporabila lasten protokol, splošne ugotovitve pa kažejo, da je negativni finančni vpliv odhoda zaposlenega v zdravstveni negi na zdravstveno organizacijo enak večmesečnemu strošku plače, v primeru specializirane medicinske sestre pa še bistveno večji. Uporaba seznama vseh stroškov, povezanih s fluktuacijo zaposlenih v zdravstveni negi, je eden izmed načinov ugotavljanja in ocenjevanja vpliva nizke stopnje zadržanja (podrobnosti o tem pristopu so navedene v Prilogi 2).

Vpliv na kakovost zdravstvene nege

Poleg verjetnega negativnega učinka na stroške in produktivnost zdravstvene ustanove, lahko nizka stopnja zadržanja, ki jo nakazuje višja stopnja fluktuacije zaposlenih v zdravstveni negi, tudi negativno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe. Obstaja relativno malo raziskav o tej kompleksni povezavi, saj so za njeno preučevanje potrebni podatki o vzorcih fluktuacije, številu zaposlenih, stroških zaposlenih in izidih zdravljenja, ki so povezani z zdravstveno nego. Kljub temu je bilo objavljenih nekaj raziskav, predvsem je vse več prepričljivih dokazov o tako imenovanih magnetnih bolnišnicah (glej okvir 2).

Okvir 2. 'Magnetne' bolnišnice: povezava med učinkovitim kadrovanjem zaposlenih v zdravstveni negi in izidi zdravstvene nege

Izvor raziskav o 'magnetnih' bolnišnicah je študija iz leta 1983¹⁵, v kateri so bile opredeljene značilnosti bolnišnic, ki »služijo kot magneti za medicinske sestre: pritegnejo in obdržijo visoko usposobljene medicinske sestre in so zato dosledno sposobne zagotavljati kakovostno zdravstveno nego«. Ključne značilnosti magnetnih bolnišnic vključujejo stil vodenja, ki temelji na vključevanju in nudenju podpore, 'ustrezno' število zaposlenih v zdravstveni negi, prilagodljive urnike dela, praktične poklicne priložnosti, strokovno avtonomijo in odgovornost ter poudarek na stalnem izobraževanju. Novejše raziskave o magnetnih bolnišnicah zajemajo študije, ki kažejo, da imajo magnetne bolnišnice bistveno nižje stopnje fluktuacije medicinskih sester in nižje število prostih delovnih mest, zadovoljstvo medicinskih sester z delom pa je višje kot v primerljivih ustanovah, poleg tega so stopnje umrljivosti v magnetnih bolnišnicah nižje od kontrolnih bolnišnic^{16,17,18, 19,20,21}. Magnetne bolnišnice je akreditiral Center ameriških medicinskih sester za akreditacije (ANCC). Akreditiranih je že več kot 400 magnetnih zdravstvenih ustanov, večinoma v ZDA, precej pa jih je tudi v drugih državah: Avstraliji, Belgiji, Kanadi, Libanonu in Savdski Arabiji²².

V drugi raziskavi so avtorji preučevali razmerje med fluktuacijo diplomiranih medicinskih sester,

zadržanjem medicinskih sester in stopnjo ponovne hospitalizacije varovancev domov za starejše občane²³, pri čemer so domovi z višjo stopnjo zadržanja zaposlenih imeli 0,2-odstotno nižjo stopnjo ponovne hospitalizacije (kar je pomenilo dve hospitalizaciji manj na dom vsako leto). Rezultati še ene študije, ki je ugotovljala učinek fluktuacije zaposlenih v zdravstveni negi na razjede zaradi pritiska – preležanine, ki so se pojavile v več kot 400 ameriških bolnišnicah²⁴, je pokazala, da se je pri vsakem 10-odstotnem povečanju fluktuacije diplomiranih medicinskih sester na četrletje verjetnost za nastanek razjed pri pacientih v naslednjem četrletju povečala za 4 %. Večja fluktuacija diplomiranih medicinskih sester na četrletje je bila statistično povezana z manjšim številom zaposlenih v tekočem in nadaljnjih četrletjih.

S tem začaranim krogom visoke stopnje menjavanja zaposlitve medicinskih sester, ki negativno vpliva na kakovost oskrbe, zvišuje stroške zdravstvenih organizacij in povečuje delovne obremenitve na preostale medicinske sestre, se soočajo v vseh državah, vsaj v nekaterih zdravstvenih ustanovah. Izziv za oblikovalce politik in nacionalna združenja v zdravstveni negi je, da določijo ukrepe, s katerimi bodo kar najbolj izboljšali stopnjo zadržanja pri zaposlenih v zdravstveni negi (to je včasih opredeljeno tudi kot stabilnost delovne sile, s katero se zmanjša nepotrebno fluktuacijo medicinskih sester in tako pozitivno vpliva na rezultate oskrbe in organizacijske stroške). Splošni cilj je vzdrževati tako imenovano »verigo zadržanja medicinskih sester v poklicu, kakovosti zdravstvene nege in zadovoljstva pacientov«²⁵. Povedano bolj preprosto: če zaposleni v zdravstveni negi ostanejo v svojem poklicu in v zdravstveni ustanovi, omogočajo zagotavljanje bolj kakovostne zdravstvene nege in doprinesejo k njej.

Vpliv na zaposlene v zdravstveni negi (delovna obremenitev in delovni pogoji)

Starostni profil zaposlenih v zdravstveni negi ter dejstvo, da je velika večina medicinskih sester v zdravstvenih ustanovah ženskega spola, sta dejavnika, ki ju je prav tako treba upoštevati pri preučevanju vzorcev fluktuacije in iskanju ustreznih ukrepov.

Delovno okolje je lahko pomemben dejavnik pri zagotavljanju stalnosti zaposlitve medicinskih sester (glej okvir 3); a kadar je delovna obremenitev previsoka in je delovno okolje problematično, lahko to negativno vpliva na zadržanje medicinskih sester, včasih pa tudi na kakovost oskrbe. Značilnosti dela vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi kot posameznikov, na ravnovesje med njihovim poklicnim in družinskim življenjem, ki pogosto zajema otroško varstvo ali oskrbo starejših^{26,27}, na usposabljanje na delovnem mestu/vseživljenjsko izobraževanje ter na organizacijsko kulturo²⁸.

Slabo delovno okolje in nevzdržno visoka delovna obremenitev lahko prispevata k strokovnim napakam in sta povezana s stresom in izgorevanjem zaposlenih v zdravstveni negi²⁹, njihovo odsotnostjo z dela³⁰ in visoko stopnjo fluktuacije osebja, kar lahko ogrozi kakovost zdravstvene oskrbe. Po drugi strani pa lahko boljše delovno okolje prispeva k zmanjšanju stresa, izboljša

Okvir 3 Ocenjevanje delovnega okolja medicinskih sester in njihove fluktuacije

Lestvica delovnega okolja zaposlenih v zdravstveni negi (PES-NWI) je na dokazih temelječe orodje, ki se lahko uporablja za ocenjevanje stanja okolij, v katerih se izvaja zdravstvena nega. PES-NWI z 31 postavkami izhaja iz strokovnih člankov o zadovoljstvu medicinskih sester z delom, raziskav o magnetnih bolnišnicah in teorije sociologije organizacij, poklicev in dela. Orodje PES-NWI je sestavljeno iz petih podlestv: sodelovanje medicinskih sester v bolnišničnih zadevah; strokovna podlaga za kakovost zdravstvene nege; sposobnost glavnih medicinskih sester, njihovo vodenje in podpora zaposlenim v zdravstveni negi; zadostnost kadrov in virov; in kolegialni odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki.

Več ameriških organizacij je PES-NWI priporočilo kot merilo kakovosti okolja, v katerem se izvaja zdravstvena nega, vključno z Nacionalnim forumom za kakovost (NQF) in Skupno komisijo. PES-NWI je bil prilagojen za 10 praktičnih okolij v petih državah in preveden v tri jezike³³.

sposobnost medicinskih sester za zagotavljanje kakovostne oskrbe in jih spodbuja, da »še naprej

Nedavna študija v devetih evropskih državah je pokazala, da so na dokazih temelječe naložbe v dobro počutje zaposlenih v zdravstveni negi statistično povezane z zmanjšanjem smrtnih primerov v bolnišnicah³⁴. Rezultati druge študije istih raziskovalcev³⁵, ki je zajela 12 evropskih držav, so pokazali, da je v večini držav več kot petina zaposlenih v zdravstveni negi (11–56 % v različnih državah) nezadovoljnih z zaposlitvijo, nezadovoljstvo pa se je odražalo na področju plač, priložnosti za izobraževanje in poklicnega napredovanja. Velik odstotek (19–49 %) zaposlenih v zdravstveni negi je nameraval zamenjati zaposlitev.

Poleg tega naj bi bile medicinske sestre pogosto zaskrbljene zaradi kadrovskega upravljanja ter ustreznosti sredstev in drugih virov. Zaposleni v zdravstveni negi so poročali, da jim pogosto ni uspelo opraviti pomembnih nalog zdravstvene oskrbe zaradi pomanjkanja časa in da neželene dogodki niso bili redki.

Tretji članek³⁶, ki se osredotoča na raziskavo, v kateri je sodelovalo 23.000 zaposlenih v zdravstveni negi v bolnišnicah desetih evropskih držav, je pokazal, da skupno 9 % medicinskih sester namerava zapustiti poklic, odstotek pa se je v različnih državah gibal med 5 in 17 %. Sedem dejavnikov je bilo povezanih z namenom medicinskih sester, da zapustijo poklic: odnos med medicinsko sestro in zdravnikom; vodstvo; sodelovanje v bolnišničnih zadevah; starost; ženski spol; delo za polni delovni čas; izgorelost. Stopnja pomembnosti teh dejavnikov se je v posameznih državah razlikovala.

Drugo poglavje: Zadržanje medicinskih sester v poklicu: kaj nam kažejo dokazi

Kot smo zapisali že v uvodu, je člankov in mnenj o tematici zadržanja medicinskih sester v poklicu dovolj; pravzaprav je obseg razpoložljivih virov lahko zastrašujoč, ko se poskušamo osredotočiti na iskanje rešitev za zadržanje medicinskih sester v svojem poklicu, pa naj bo to na ravni določene organizacije ali zdravstvenega sistema.

Ta del vsebuje kratek pregled rezultatov objavljenih raziskav. Osredotoča se predvsem na mednarodno usmerjene, sistematične pregledne študije (v angleškem jeziku), ki ponujajo širšo in včasih tudi bolj temeljito sliko razpoložljivih dokazov. V zadnjih letih je bilo objavljenih več sistematičnih preglednih raziskav, ki obravnavajo različne vidike zadržanja medicinskih sester. Nekatere se osredotočajo na specifičen ukrep, druge pa se nanašajo bodisi na segment znotraj delovne sile v zdravstveni negi bodisi na določen tip delovnega okolja. Skupaj ponujajo pregled spoznanj iz razpoložljivih objavljenih strokovnih člankov, kažejo pa tudi na večje, ponavljajoče se vrzeli v njih. Obseg teh sistematičnih preglednih raziskav, objavljenih v zadnjih desetih letih, je v kronološkem vrstnem redu povzet v okvirju št. 4.

Okvir 4. Pregled strokovnih preglednih raziskav

- Sistematični pregled učinkovitosti pristopov k ohranjanju na novo diplomiranih medicinskih sester v poklicu³⁷ je pokazal, da so najvišje stopnje zadržanja medicinskih sester v poklicu povezane s strategijami zadržanja, ki so uporabile mentorski model.
- Rezultati sistematične pregledne študije, v kateri so avtorji ugotavljali, kateri dejavniki so uspešni pri zaposlovanju in zadržanju medicinskih sester v zdravstveni negi starejših, so pokazali vrsto dejavnikov: skrbna izbira okolja klinične prakse za študente zdravstvene nege ter njihov stalni nadzor in izobraževanje, strokovna usposabljanja na področju pridobivanja veščin, vodenja in timskega dela za nove in obstoječe zaposlene v zdravstveni negi, povečanje števila zaposlenih, primerljivo plačilo v različnih zdravstvenih organizacijah in zdravstvenih okoljih ter družini prijazna politika³⁸.
- Sistematična pregledna študija, v kateri so avtorji preučevali povezavo med zadržanjem medicinskih sester in vodstvenimi praksami glavnih medicinskih sester³⁹, je pokazala, da vodstveni delavci z relacijskim vodenjem (vedenjski pristop, pri katerem se vodja osredotoča na zadovoljstvo, motivacijo in splošno dobro počutje članov skupine) in zagotavljanjem kakovostnega delovnega okolja v večji meri zadržijo svoje zaposlene.
- V realistični pregledni študiji dejavnikov, ki so pripomogli k ohranjanju in privabljanju zaposlenih v zdravstveni negi in drugih zdravstvenih delavcev na podeželska območja, so bile podane tri ključne ugotovitve: 1) zadržanje v organizacijah na podeželju se je izboljšalo, če je bil za usposabljanje kandidatov uporabljen učni načrt s poudarkom na podeželju, če so kandidati sami prihajali s podeželja ali jih je zanimalo izvajanje zdravstvenih storitev na podeželju; 2) poklicno in socialno osamitev, ki lahko negativno vpliva na zadržanje zdravstvenih delavcev, se zmanjša z izobraževalnimi in finančnimi spodbudami ter osebnimi in strokovnimi podpornimi ukrepi; in 3) finančne spodbude prispevajo k boljšemu zadržanju v poklicu le, če odtehtajo priložnosti, ki se ponujajo v zasebnih praksah na urbanih območjih in če se jih ponudi skupaj z nefinančnimi spodbudami⁴⁰.
- Pri pregledu dejavnikov, povezanih z zadržanjem medicinskih sester za nujno medicinsko pomoč v Kanadi, so se pri vplivu na angažiranost medicinskih sester, ki igra ključno vlogo pri njihovi nameri za menjavo zaposlitve, kot statistično pomembni dejavniki izkazali vodstveni delavci v zdravstveni negi, strokovna praksa, sodelovanje z zdravniki, kadrovske viri in izmensko delo.

- V sistematični pregledni raziskavi, ki se je posvečala zadržanju medicinskih sester na podeželju⁴², sta bili povzeti dve študiji, ki sta pokazali, da so programi za finančno spodbudo izboljšali razporeditev medicinskih sester, tri druge študije pa so poudarile pomen primernih podpornih odnosov v zdravstveni negi, informacijske in komunikacijske tehnologije ter kariernih poti na podeželju kot dejavnike, ki so vplivali na zadržanje medicinskih sester v poklicu.
- Pregled 'pozitivnih delovnih okolij' za zaposlene v zdravstveni negi je pokazal, da je obstoj takšnih okolij prispeval k zadržanju medicinskih sester in omogočil kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov, vendar pa se je pokazala potreba po natančnejšem ovrednotenju delovnih okolij z uporabo potrjenega orodja, s katerim bi bilo mogoče ukrepe upravljati in jih ovrednotiti^{43 44}.
- Sistematična pregledna študija, v kateri so avtorji ugotavljali, katere intervencije izboljšajo zadržanje izkušenih diplomiranih medicinskih sester, je pokazala, da sta timsko delo in individualno usmerjene strategije, na primer mentorstvo, izkazan interes vodstva ter poglobljena usmerjenost, povečala zadovoljstvo pri delu in prispevala k višji stopnji zadržanja⁴⁵.

Ključne točke iz preglednih raziskav

Kaj je mogoče zaključiti na podlagi pregleda raziskav o zadržanju medicinskih sester? V zadnjih letih se je število strokovnih študij o zadržanju medicinskih sester nenehno povečevalo. Ugotovitve različnih raziskav se prekrivajo, pojavi se več ključnih točk.

Prvič: objavljeni rezultati raziskav opredelijo številne dejavnike, povezane z zadržanjem zaposlenih, vendar se večina osredotoča na medicinske sestre, zaposlene v bolnišnicah držav z visokimi dohodki, poleg tega se raziskave osredotočajo na točno določeno, ozko usmerjeno področje. To lahko omeji možnost posploševanja rezultatov ter vpliva na vsa z njimi povezana morebitna priporočila za uvedbo ukrepov.

Drugič: v teh raziskavah se uporabljajo različne opredelitve pojma 'zadržanje v poklicu'. Osredotočajo se na primer na fluktuacijo zaposlenih, zadržanje, stabilnost, angažiranost osebja⁴⁶ ali pa na druge povezane ukrepe, na primer na 'osip zaposlenih' (zmanjševanje števila zaposlenih, ker tistih, ki odidejo z delovnega mesta, ne nadomestijo novi delavci)⁴⁷, 'vezanost na delovno mesto'⁴⁸ ali 'namen menjave zaposlitve'⁴⁹.

Tretjič: dejavniki, ki prispevajo k zadržanju medicinskih sester, saj vplivajo na njihov namen, da zapustijo zdravstveno organizacijo ali ostanejo v njej, so lahko zapleteni in večdimenzionalni, po navadi pa nanje vplivajo tako organizacijski kot osebni/demografski dejavniki.

Četrto: omenjajo se številni organizacijski dejavniki, ki naj bi negativno vplivali na zadovoljstvo medicinskih sester, na njihovo fluktuacijo ali zadržanje. Med drugim so to delovno okolje, delovna razmerja in delovni pogoji; plača, druge finančne in nefinančne spodbude; prožnost in tako imenovane 'družini prijazne' politike; priložnosti za poklicni razvoj in dostop do izobraževanja; produktivni delovni odnosi z drugimi zaposlenimi in zdravstvenimi timi; odzivno vodstvo, učinkovit nadzor in usmerjeno mentorstvo; delovna mobilnost in relativne možnosti zaposlovanja v različnih ustanovah, sektorjih, regijah in državah.

Izziv za vsako nacionalno združenje v zdravstveni negi ali za oblikovalce politik, ki bi radi nekaj naredili glede zadržanja medicinskih sester v poklicu glede na lastne interese in moč vplivanja, predstavlja odločitev glede tega, kako interpretirati rezultate obstoječih raziskav. Številni rezultati raziskav, ki smo jih že predstavili v tem dokumentu, se bodo morda na prvi pogled zdeli relevantni, a najverjetneje so nastali v drugačnem kontekstu ali v drugi državi, nekatere študije

so imele celo drugačen namen ali so zajele drugačen vidik. Kako lahko določimo najpomembnejša kontekstualna vprašanja in kako lahko začnemo izvajati najučinkovitejše politike, da bi medicinske sestre zadržali v poklicu? S tema vprašanjema se bomo ukvarjali v naslednjem poglavju.

Tretje poglavje: Zadržanje medicinskih sester v poklicu: oblikovanje in uporaba teoretičnega okvira za oblikovanje politik

Pri oblikovanju okvira za sprejemanje novih politik na področju zadržanja medicinskih sester v poklicu je treba najprej opozoriti, da se vprašanje zadržanja v poklicu ne bi smelo obravnavati ločeno od drugih značilnosti poklicnega življenja medicinskih sester, saj obstajajo med temi koncepti pomembne medsebojne povezave. Ena od očitnih povezav je, da je 'zadržanje' pogosto povezano z 'zaposlovanjem' – gre za spoznanje, da sta zaposlovanje in zadržanje ključna vidika kadrovske politike. Druga povezava je, da se o zadržanju pogosto govori v okviru izboljšanja geografske ali sektorske porazdelitve delovne sile z namenom izboljšanja dostopa prebivalstva do zdravstvene oskrbe, kar je eden od ključnih vidikov pri zagotavljanju univerzalne zdravstvene oskrbe. Tematika zadržanja in razporeditve medicinskih sester se pogosto osredotoča na to, kako izboljšati stopnjo zadržanja medicinskih sester v poklicu na podeželju ali na oddaljenih območjih.

Poleg tega je treba opozoriti tudi na dejstvo, da imajo medicinske sestre v različnih fazah svoje kariere večji ali manjši potencial za to, da zamenjajo geografsko lokacijo ali organizacijo zaposlitve; medicinske sestre, ki so različno stare in pripadajo različnim generacijam, si po navadi delovne in življenjske prioritete postavijo drugače⁵⁰, poleg tega imajo medicinske sestre, zaposlene v različnih organizacijah in zdravstvenih sistemih, drugačne možnosti za nastop novega delovnega mesta v drugem zdravstvenem sistemu ali državi. Za medicinsko sestro ali organizacijo vsaka oblika delovne mobilnosti ni slaba, vendar pa morata tako organizacija kot sistem biti sposobna oceniti, kakšni so vzorci in trendi stabilnosti in/ali fluktuacije medicinskih sester.

Zadržanje medicinskih sester v svojem poklicu – v čem je težava?

Da bi ugotovili, kateri ukrepi so lahko učinkoviti pri reševanju vprašanja zadržanja medicinskih sester v poklicu, morajo imeti oblikovalci politik in nacionalna združenja v zdravstveni negi dostop do podatkov, ki pomagajo določiti obseg težave in na podlagi katerih lahko odločevalci ocenijo ali se težava razlikuje znotraj organizacije in sistema ter določijo vzročne dejavnike.

Vsaka analiza bi morala upoštevati starostni in spolni profil preučevane delovne sile v zdravstveni negi ter delovni čas in delovne vzorce. Spremljanje podatkov, povezanih z zadržanjem medicinskih sester v poklicu, ter njihova analiza lahko omogočita prepoznavanje trendov v stopnji zadržanja glede na različne dele organizacije, sistema ali države (glej okvir 5).

Okvir 5 Izvedba raziskave za določitev regionalnih razlik

Avtorji raziskave, v kateri je sodelovalo več kot 2.000 delavcev v zdravstveni negi, so preučevali njihovo angažiranost in prišli do naslednji zaključkov: »Kljub visokim povprečnim stopnjam angažiranosti so se pokazale razlike med regijami, bolnišnicami in storitvami, ki kažejo na pomembnost organizacijskih pogojev pri razlagi tega pojava«⁵¹.

10

Ti podatki nam pomagajo ugotoviti, kje in v kolikšni meri je zadržanje medicinskih sester najbolj problematično (glej okvir 6) in kje bi se bilo najbolj smiselno osredotočiti na spremembo politike. Obstajajo različne metode opredeljevanja in merjenja fluktuacije in stabilnosti zaposlitve v zdravstveni negi; čeprav ima vsaka svoje prednosti in omejitve, je pomembno uporabljati vedno isti pristop (glej prilogo 1 za podrobne podatke o različnih kazalnikih zadržanja).

Okvir 6 Analiza podatkov o fluktuaciji za namene ugotavljanja povezav z drugimi dejavniki

V nacionalni študiji o fluktuaciji in zadržanju diplomiranih medicinskih sester, srednjih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege v domovih za starejše občane v ZDA so avtorji preučevali tudi povezave med trajanjem mandata vodstvenih delavcev, organizacijskimi značilnostmi, lokalnimi gospodarskimi razmerami, prometom in zadržanjem v poklicu. Ugotovili so, da je bila skupna letna stopnja fluktuacije diplomiranih medicinskih sester 56 %. Trajanje mandata vodstvenih delavcev, število ur, ki jih diplomirana medicinska sestra nameni na pacienta na dan in število ur, ki jih srednje medicinske sestre namenijo na pacienta na dan kažejo največjo povezanost z znižanjem fluktuacije in višjo stopnjo zadržanja delavcev v zdravstveni negi⁵².

Vzročne dejavnike je težje sistematično oceniti, lahko pa uporabimo podatke o tem, kam zaposleni v zdravstveni negi odidejo ('cilj'), da bi odkrili vzorce odhodov. Pojasniti je treba med drugim, kakšen odstotek fluktuacije zaposlenih v zdravstveni negi predstavljajo medicinske sestre, ki zapustijo delovno mesto (organizacijska fluktuacija) in kakšnega tiste, ki zapustijo poklic (poklicna fluktuacija)⁵³. Mnenja in izkušnje medicinskih sester je mogoče pridobiti s tehniko intervjujev ter raziskav med osebjem s ciljnimi skupinami. Te metode lahko pokažejo, kateri dejavniki prispevajo k menjavanju zaposlitve.

Zadržanje (in povezane težave) v širšem okvirju

Sama analiza ne more izboljšati stalnosti zaposlitve v zdravstveni negi; potrebni so tudi ukrepi in spremembe politike. Kot smo omenili že zgoraj, pa se tematika stalnosti zaposlitve v zdravstveni negi ne sme obravnavati ločeno od drugih vidikov politike in načrtovanja delovne sile v zdravstveni negi. Strateško je treba pozornost nameniti predvsem zaposlenim v zdravstveni negi.

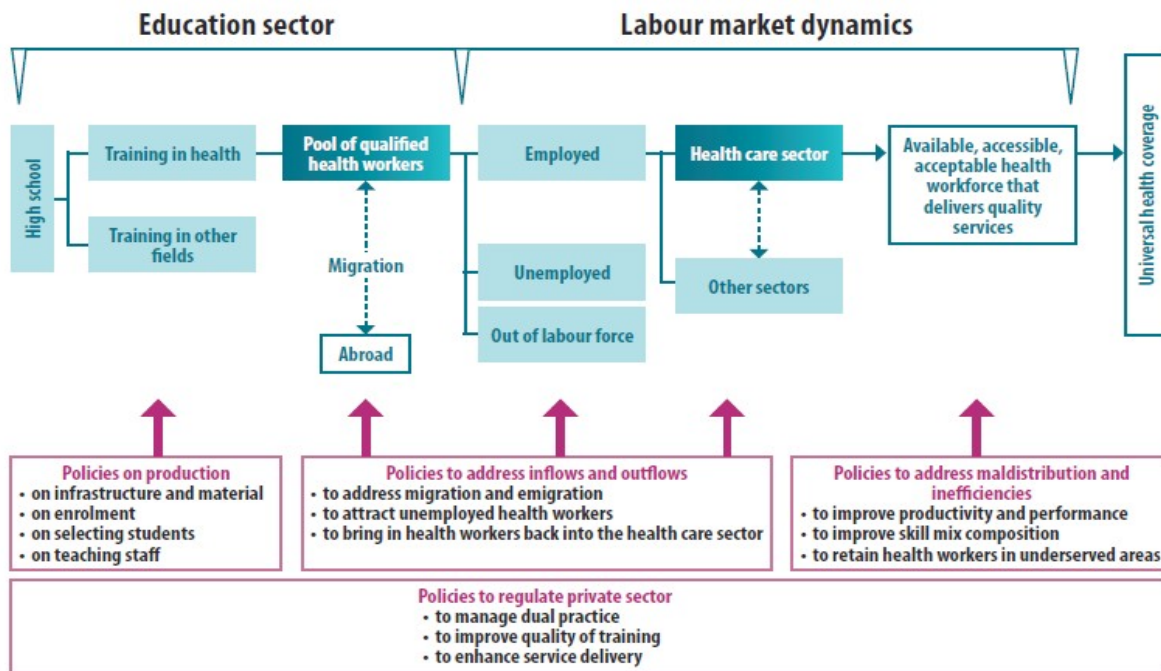
Vsaka organizacija, zdravstveni sistem in država bi morali razviti trajnostni, strateški pristop do kadrov v zdravstveni negi in se o njem poenotiti. Ta pristop mora imeti jasno načelno vizijo, biti mora usklajen s splošnimi načrti in prednostnimi nalogami zdravstvenega sistema, osredotočen mora biti na pacienta/potrošnika, kot ključne deležnike mora vključevati zaposlene v zdravstveni negi in nacionalna združenja v zdravstveni negi ter temeljiti na dokazih in analizah, ne da bi bil preveč tog – biti mora prožen in prilagodljiv⁵⁴.

Tak primer je Globalna strategija o človeških virih v zdravstvu: zaposleni 2030, ki jo je pripravila Svetovna zdravstvena organizacija (SZO)⁵⁵. Uporablja referenčni okvir trga delovne sile, ki

poudarja dinamičnost mobilnosti delovne sile v zdravstvu⁵⁶ in postavlja vprašanje stalnosti zaposlitve ter rešitev za zadržanje delovne sile v okviru sprejemanja nove politike v širši okvir nacionalne politike.

Ta okvir lahko oblikovalci politik in nacionalna združenja v zdravstveni negi prilagodijo po svoje; poudarja dejstvo, da se morajo sicer prizadevanja glede uvedbe ukrepov osredotočati na 'proizvodnjo' novih zaposlenih, kljub temu pa je treba poudariti tudi zadržanje delovne sile in njeno porazdelitev (glej sliko 1). Dokument pomaga oblikovalcem politik in nacionalnim združenjem v zdravstveni negi prepoznati morebitne točke vstopa za različne vrste politik in najverjetnejšo medsebojno povezavo različnih politik, ko stopijo v veljavo.

Slika 1: Širši okvir trga delovne sile v zdravstvu



Source: Sousa et al, 2013, Bulletin of the WHO. povzeto po Vujicic 2006 and

Širši trg delovne sile krepi potrebo po oblikovanju dobrega pregleda nad dinamiko trga dela delavcev v zdravstveni negi, saj se le tako lahko razvije učinkovite politike tokov medicinskih sester, vključno z zadržanjem v poklicu in najboljšo porazdelitvijo delovne sile. To zajema pritek novih študentov v šolske programe zdravstvene nege, prehod novih medicinskih sester in zdravstvenikov iz šol v klinično prakso, prehodi med različnimi sektorji, državami in vrstami zaposlitve.

Treba si je torej zapomniti, da se tematike zadržanja medicinskih sester v poklicu ne da lotiti brez upoštevanja povezanih vidikov politike in načrtovanja, ki zadevata delovno silo v zdravstveni negi. Oblikovalci politik in nacionalna združenja v zdravstveni negi morajo razumeti širši okvir trga dela za zdravstveno nego.

Načrtovanje ukrepov za zadržanje medicinskih sester v poklicu

Razjasnili smo težavo ali težave, povezane z zadržanjem medicinskih sester v svojem poklicu in opredelili širši okvir delovne sile v zdravstveni negi, zdaj pa sledi vprašanje, kako izvajati najučinkovitejše politike, da bi zmanjšali menjavanje zaposlitve v zdravstveni negi? Eden od načinov je, da uporabimo teoretični okvir, ki temelji na raziskovalnih dokazih o zadržanju zaposlenih v zdravstveni negi, vendar se osredotoča na širši okvir in na praktično izvajanje ukrepov.

Najprej morajo oblikovalci politik in nacionalna združenja v zdravstveni negi zbrati predloge politik, ki bi lahko izboljšale stopnjo zadržanja, in jih združiti v skupine. Cilj je, da se ustvari struktura za sistematično prepoznavanje mogočih ukrepov, za katere se zdi, da bi lahko odpravili ugotovljene težave glede zadržanja medicinskih sester v poklicu, se skladajo v širši okvir in bi se jih zato dalo uvesti. Spodnja tabela povzema kategorije mogočih ukrepov, ki so se uporabili v nedavnih preglednih, z dokazi podprtih raziskavah o tem, kako zagotoviti stalnost zaposlitve delavcev v zdravstvu (nekateri se osredotočajo tudi na zaposlovanje in/ali porazdelitev delovne sile).

Vsaka od študij vsebuje seznam približno štirih do šestih tematik: kadrovanje, izobraževanje, infrastruktura, itd.

Čeprav obstajajo razlike v naslovih in kategorijah, pa tipologija vseh raziskav običajno zajema izobraževanje, regulacijo, spodbude (finančne in nefinančne), regulativo ter strokovno in osebno podporo. S pomočjo teh seznamov bodo oblikovalci politike in nacionalna združenja v zdravstveni negi dobili strukturo za opredelitev specifičnih ukrepov, ki bi jih veljalo uvesti.

Tabela 1: Povzetek tipologij, uporabljenih pri različnih raziskavah o zdravstvenih delavcih

BUCYX ET AL 2010 ⁵⁷ (ZADRŽANJE)	SZO 2010 (TUDI ARAUJO IN MAEDA 2013 ⁵⁸ , BARIBELL ET AL 2015 ⁵⁹)	DIELEMAN ET AL, 2011 (ZADRŽANJE) ⁶⁰	MBEMBA ET AL, 2013 (ZADRŽANJE) ⁶¹
Osebj	Izobrazba	Izobrazba	Izobraževanje in stalni strokovni razvoj
Infrastruktura	Regulacija	Obvezna praksa	Regulacija
Plačilo	Finančne spodbude	Finančne spodbude	Finančne spodbude
Organizacija na delovnem mestu	Strokovna podpora, podpora kolegov	Osebna in strokovna podpora	Osebna in strokovna podpora
Strokovno okolje			
Podpora družbe, družine in skupnosti			

Kot smo že omenili, je enega od najpomembnejših in vplivnih dokumentov razvila Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), vsebuje pa na dokazih podprta priporočila za izboljšanje dostopa do zdravstvene oskrbe na oddaljenih in podeželskih območjih z izboljšanjem stopnje zadržanja zdravstvenih delavcev⁶² (drugi stolpec v tabeli). Priporočila SZO temeljijo na pregledu obstoječih rezultatov raziskav z vsega sveta^{63 64}.

Katere ukrepe sprejeti?

Poročilo SZO predlaga 16 konkretnih, z dokazi podprtih ukrepov, pri čemer je poudarjeno, da sam po sebi noben od njih ne bo imel trajnega vpliva. Teh 16 priporočil je bilo združenih v štiri področja ukrepov: izobraževanje, regulacija, finančne spodbude ter strokovna in osebna podpora (glej sliko 2).

Vsak od šestnajstih ukrepov, od A1 do D6, predstavlja eno od možnosti, ki jih je mogoče uvesti. Poročilo SZO navaja relativno moč dokazov raziskav za vsakega od ukrepov, poleg tega daje tudi dodatne smernice, ki oblikovalcem politik nudijo podporo pri odločanju.

Slika 2: Seznam ukrepov s priporočili SZO glede zaposlovanja in zadrževanja

Področje ukrepa	Primer
A. Izobrazba	A1 Študenti s podeželja
	A2 Zdravstvene šole zunaj večjih mest
	A3 Klinična praksa v podeželskem okolju
	A4 Učni načrt, ki odraža zdravstvena vprašanja prebivalcev podeželja
	A5 Stalni strokovni razvoj zdravstvenih delavcev na podeželju
B. Predpisi	B1 Večji domet delovanja
	B2 Različne kategorije zdravstvenih delavcev
	B3 Obvezna praksa
	B4 Subvencionirano izobraževanje v zameno za zaposlitev v določeni ustanovi
C. Finančne spodbude	C1 Primerne finančne spodbude
D. Poklicna in osebna podpora	D1 Boljši življenjski pogoji
	D2 Varno delovno okolje, ki nudi podporo
	D3 Programi ozaveščanja
	D4 Programi za razvoj poklicne poti
	D5 Poklicna omrežja

Vir: SZO, 2010.

Seznam s šestnajstimi z dokazi podprtimi ukrepi za zadržanje delavcev v zdravstveni negi, ki ga je razvila SZO, se uporablja v različnih državah in okoljih. Ena od preglednih raziskav njegove uporabe, ki je zajela več držav, je poudarila potencial tega seznama, a tudi potrebo, da se ponovno premisli njegovo implementacijo in ovrednotenje (glej okvir 7).

Okvir 7 Rezultati pregledne raziskave, ki je zajela več držav in za osnovo uporabila seznam ukrepov SZO o zadržanju delovne sile v zdravstveni negi

Avtorji večdržavne raziskave so uporabili skupni učni pristop, da bi ocenili obseg uporabe 16 priporočil SZO za zadržanje zaposlenih v zdravstveni negi v petih azijskih državah: Kitajski, Laoški ljudski demokratični republiki, Šrilanki, Tajski in Vietnamu. Za evidentiranje obstoječih in potencialnih strategij zadržanja delovne sile, vse od definicije do izvedbe, ter oceno oz. napoved rezultatov, so uporabili orodje za analizo vpeljanih politik. Cilj je bil spodbujanje politike, ki deluje dobro in zmanjšanje obsega drugih politik, ki se ne obnesejo tako dobro, ali pa odstranjevanje ovir za njihovo učinkovito izvedbo. Rezultati so pokazali, da morajo oblikovalci politik prepoznati vprašanje povezanosti in pravičnega zaporedja uvedbe politik za zadržanje delovne sile ter da pri načrtovanju, izvajanju in ocenjevanju vpliva ukrepov obstaja potreba po pristopu z več interesnimi skupinami⁶⁵.

Svežnji ukrepov

Eno od ključnih sporočil za oblikovalce politike iz pregleda rezultatov raziskav v drugem delu tega dokumenta je bilo, da obstaja veliko prostora za izboljšanje stopnje zadržanja medicinskih sester v vseh zdravstvenih sistemih, vendar obstaja tudi veliko možnih ukrepov in da ima vsak svoj vpliv. Analitični okvir, ki smo ga opredelili v prejšnjem delu dokumenta, je ponazoril nekatere od teh možnih ukrepov, a hkrati smo poudarili, da je treba imeti v mislih predvsem usklajene in povezane spremembe politike.

To zadnjo točko je treba še posebej poudariti: trajnostni uspeh pri izboljšanju zadržanja medicinskih sester v poklicu je kot vse kaže odvisen od številnih načrtovanih ukrepov, ki se jih najverjetneje uvede po fazah – tako imenovani sveženj povezanih ukrepov –, ne pa od posamičnih ukrepov^{66,67,68}. Pred kratkim izvedena pregleda raziskava, ki se je osredotočila na zadržanje delovne sile v zdravstvu, je pokazala, da »imajo posamični ukrepi na področju zaposlovanja in zadržanja malo učinka, svežnji ukrepov pa so učinkovitejši. Ukrepi, h katerim so se zavezali odločevalci in vodstveni delavci, uživajo široko podporo in vključujejo ustrezne zainteresirane deležnike«⁶⁹ (to lahko zajema tudi paciente: glej okvir 8).

Okvir 8 Kako lahko pacienti sodelujejo pri boljšem zadržanju medicinskih sester

Bolnišnica v Angliji sodeluje s predstavniki pacientov⁷⁰, da bi ugotovila, kako je mogoče izboljšati stopnjo zadržanja diplomiranih medicinskih sester v bolnišnici. Poudarek je na skupnem oblikovanju in uporabi z dokazi podprtega modela za zadržanje medicinskih sester, imenovanem TRACS («pomoč pri spremembah v ključnih kariernih trenutkih, večja prilagodljivost, omogočanje avtentičnega vodstva medicinskih sester v celotni ustanovi, zagotavljanje podpore pri spreminjanju delovnih praks in zagotavljanje stalne podpore zaposlenim»). Ta z dokazi podprt pristop se osredotoča na ključne dejavnike, ki dokazano vplivajo na namen medicinskih sester, da obstanejo v poklicu, in naj bi se posluževal metode 'od spodaj navzgor' za večje opolnomočenje osebja.

V drugih pregledih raziskavah so prišli do podobnih rezultatov: da je v številnih zdravstvenih sistemih mogoče izboljšati stalnost zaposlitve delavcev v zdravstveni negi, vendar so za to potrebni svežnji povezanih politik^{71,72 73 74}. Realistični pregled dejavnikov, ki so prispevali, da so medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci ostali na podeželskih območjih⁷⁵ je pokazal, da so »povezani ukrepi učinkovitejši od posameznih posegov«. Rezultati sistematične pregledne raziskave, katere namen je bil ugotoviti, kateri ukrepi so

izboljšali zadržanje izkušenih diplomiranih medicinskih sester, so pokazali, da je »stopnja zadržanja najvišja, kadar se uporabi več ukrepov«⁷⁶.

Pri določanju najučinkovitejše kombinacije ukrepov za izboljšanje zadržanja medicinskih sester je treba dobro poznati tudi profil delovne sile in ustvariti bazo raziskovalnih dokazov o delovnih izkušnjah in motivaciji zaposlenih v zdravstveni negi. To je mogoče doseči z raziskavami, intervjuji tistih, ki odhajajo z delovnega mesta, s povratnimi informacijami članov fokusnih skupin in dosledno analizo kazalnikov trga dela, saj se lahko le na ta način pripravi seznam prednostnih ukrepov (glej okvir 9).

15

Okvir 9 Uporaba raziskav, v katerih sodelujejo medicinske sestre, za pomoč pri določanju prednostnih ukrepov

Raziskava v Južni Afriki je pokazala, da bi morale strategije za izboljšanje zadovoljstva z delom in višjo stopnjo zadržanja medicinskih sester primarnega zdravstvenega varstva na južnoafriškem podeželju temeljiti ne le na finančnih spodbudah in boljših delovnih pogojih, temveč tudi na ustreznem upravljanju s človeškimi viri⁷⁷. Druga študija je z uporabo metode diskretne izbire skušala oceniti, katere ukrepe na področju kadrovske politike imajo najraje medicinske sestre v treh državah in rezultati so pokazali, da so bile razlike med državami velike. Avtorji so zaključili, da bi bile v Keniji in Južni Afriki boljše možnosti izobraževanja ali dodatki za delo na podeželju najbolj učinkovite pri povečanju zaposlovanja na podeželju, na Tajskem pa bi imelo največji učinek boljše zdravstveno zavarovanje za zaposlene⁷⁸.

Drugi, enostavnejši pristop k spodbujanju 'združevanja' ukrepov, namenjenih povišanju stopnje zadržanja, je priprava priročnikov ali poročil, ki temeljijo na primerih dobre prakse. Ta pristop študij primerov lahko predstavlja razmeroma preprost način, kako razširiti informacije o pozitivnih izkušnjah, kakršna je na primer uporaba tako imenovanih družini prijaznih fleksibilnih politik znotraj nekega sistema ali države (glej okvir 10).

Okvir 10 Izdelava praktičnih smernic za višjo stopnjo zadržanja zaposlenih v zdravstveni negi

Nacionalna zdravstvena služba (NHS) v Angliji je nedavno objavila nacionalni vodnik za zadržanje delavcev v zdravstvu⁷⁹. Priročnik na podlagi oblik dela v 92 organizacijah NHS, ki uporabljajo cikel PDSA (načrtuj, naredi, študiraj, ukrepaj), povzema različne ključne elemente, na primer poglobljen pregled podatkov, razvoj organizacijskih vrednot in kulture, omogočanje prožnih oblik dela ter razvoj in načrtovanje kariere. Še en britanski priročnik so pripravili direktorji zdravstvene nege v učnih bolnišnicah⁸⁰, vsebuje pa več študij primerov z opisi strategij dobre prakse, ki jih uporabljajo te bolnišnice, da bi povišale stopnjo zadržanja medicinskih sester. Strategije zajemajo vse od omogočanja vključevanja osebja do spodbujanja kulture priznavanja in nagrajevanja.

Ovrednotenje učinkov ukrepov, namenjenih zvišanju stopnje zadržanja, mora biti sestavni del vsake uvedbe svežnja ukrepov, vendar pa je to pogosto razmeroma šibko ali celo neobstoječe. Standardni podatki, o katerih smo v tem poglavju že govorili in so natančneje opredeljeni v Prilogi 1, lahko predstavljajo podlago za ovrednotenje sprememb, ki so posledica izvajanja ukrepov za povečanje zadržanja. Pristopi ovrednotenja lahko vključujejo tudi uporabo stroškovnih ocen^{81,82} ali ankete o stanju 'pred in po'. Ovrednotenje oblikovalcem politik zagotavlja povratne informacije, da njihovi prihodnji ukrepi postanejo bolj usklajeni in učinkovitejši (glej okvir 11).

Okvir 11 Kaj nam pokaže ovrednotenje številnih programov za zadržanje medicinskih sester v poklicu?

Ovrednotenje sedmih programov za zadržanje in zaposlovanje medicinskih sester v kanadski provinci Alberta⁸³ je pokazalo, da so programi privedli do zaznane višje samozavesti pri medicinskih sester, večjega nadzora nad svojim delovnim okoljem, zmanjšanja ravni stresa, višjega nivoja energije in okrepljene morale ter zaznane izboljšane sposobnosti zagotavljanja visoke kakovosti zdravstvene oskrbe. Vendar pa študija ni podala nobenega uradnega načrta za izvedbo, ki bi delodajalcem pomagal pri izvajanju programov. Avtorji so izpostavili potrebo po učinkovitejši komunikaciji in ocenjevanju pobud ter svetovali, da se pred načrtovano uvedbo ukrepov določi »ključne kazalnike uspešnosti, izhodiščne podatke, mehanizme nadzora in načrt za ovrednotenje«.

Četrto poglavje del: Povzetek ključnih točk

To poročilo povzema ključne točke o tem, kar je znanega o učinkovitih politikah zadržanja delovne sile v zdravstveni negi. Njegov cilj je, da se predstavnikom nacionalnih združenj v zdravstveni negi in oblikovalcem politik predstavi sintezo ključnih ugotovitev in napotke za uvedbo nove politike. Poročilo predstavlja okvir za analizo politike zadržanje medicinskih sester v poklicu ter izpostavlja orodja in kazalnike, ki jih je mogoče uporabiti za boljši nadzor nad vplivom ukrepov, sprejetih za povišanje stopnje zadržanja medicinskih sester v poklicu.

Zakaj je pomembno medicinske sestre zadržati v svojem poklicu. V poročilu je poudarjeno, da vsakič, ko zaposleni v zdravstveni negi zapusti zdravstveno organizacijo, to vpliva nanj, na zdravstveno organizacijo in na populacijo strank organizacije. Zaradi odhoda bodo nastali organizacijski stroški, obstaja pa tudi možnost negativnega vpliva na zdravstveno oskrbo pacientov. Poročilo povzema tri vrste vplivov: vpliv na stroške in produktivnost, vpliv na kakovost zdravstvene oskrbe in vpliv na medicinske sestre; slednji je povezan z delovno obremenitvijo in delovnimi pogoji. Navedeni so pomembni raziskovalni dokazi o magnetnih bolnišnicah, poročilo pa navaja tudi povezavo na stroškovni kontrolni seznam za fluktuacijo zaposlenih v zdravstveni negi.

Zadržanje medicinskih sester v poklicu: kaj nam kažejo dokazi. Poročilo podaja pregled rezultatov objavljenih raziskav, predvsem se osredotoča na mednarodno usmerjene sistematične pregledne raziskave (v angleškem jeziku). Navaja ugotovitve sistematičnih preglednih študij, objavljenih v zadnjih desetih letih, in ugotavlja stalno povečevanje rezultatov raziskav o zadržanju medicinskih sester v poklicu. Zaključí, da je ugotovitve raziskav mogoče posploševati le v omejenem obsegu, da se uporabljajo različne opredelitve pojma zadržanje delovne sile ter da številni organizacijski dejavniki pogosto vplivajo na zadovoljstvo medicinskih sester, njihovo fluktuacijo ali zadržanje v poklicu. Izziv za vsako nacionalno združenje v zdravstveni negi ali za oblikovalce politik, ki bi radi nekaj naredili glede zadržanja medicinskih sester v poklicu, predstavlja odločitev, kako interpretirati rezultate obstoječih raziskav in kako določiti relevantne probleme v širšem zdravstvenem okviru.

Zadržanje medicinskih sester v poklicu: oblikovanje in uporaba teoretičnega okvira za oblikovanje politik. V nadaljevanju se poročilo podrobneje posveča celostnemu pristopu za uvedbo ukrepov, namenjenih zagotavljanju stalnosti zaposlitve zaposlenih v zdravstveni negi. Poudarja, da se tega vprašanja ne bi smelo preučevati ali obravnavati ločeno od drugih značilnosti poklicnega življenja medicinskih sester, saj obstajajo pomembne medsebojne povezave med različnimi vidiki. Navaja zaporedje štirih vidikov analize in izvajanja ukrepov:

Zadržanje medicinskih sester: v čem je težava?

Da bi ugotovili, katere intervencije so lahko učinkovite pri reševanju vprašanja zadržanja medicinskih sester v poklicu, morajo imeti oblikovalci politik in predstavniki nacionalnih združenj v zdravstveni negi dostop do podatkov in informacij, ki jim pomagajo določiti obseg problema, ugotoviti ali se ta spreminja glede na različne dele organizacije in različne sisteme, določiti vzročne dejavnike in

ugotoviti, uvedba katerih ukrepov bi bila najbolj primerna. Obstajajo različni načini, kako opredeliti in izmeriti fluktuacijo zaposlenih v zdravstveni negi in stabilnost, podrobneje pa so opisani v Prilogi 1.

17

Zadržanje (in povezane težave) v širšem okvirju

Jasno je, da samo analiza ne more izboljšati stopnje zadržanja medicinskih sester v poklicu. Seveda obstaja potreba po analizi podatkov, a če ugotovimo dejansko težavo, povezano z zadržanjem medicinskih sester v poklicu, mora slediti tudi sprejetje ustreznega ukrepa. Vsaka organizacija, zdravstveni sistem in država bi morali razviti trajnostni, strateški pristop do kadrov v zdravstveni negi in se o njem poenotiti. En primer takšnega pristopa je Globalna strategija o človeških virih v zdravstvu: zaposleni 2030, ki jo je pripravila Svetovna zdravstvena organizacija in uporablja analitični pristop k trgu dela ter jo lahko oblikovalci politik in predstavniki nacionalnih združenj v zdravstveni negi prilagodijo za uporabo v svoje namene.

Načrtovanje uvedbe ukrepov

Oblikovalci politik in predstavniki nacionalnih združenj v zdravstveni negi lahko uporabljajo teoretični okvir, ki temelji na raziskovalnih dokazih, vendar se osredotoča na praktično izvajanje ukrepov. Cilj je, da se ustvari struktura za sistematično prepoznavanje mogočih ukrepov, za katere se zdi, da bi lahko odpravili ugotovljene težave glede zadržanja medicinskih sester v poklicu, se skladajo s širšim okvirjem in bi jih bilo zato mogoče uvesti. Poročilo povzema kategorije mogočih ukrepov, ki so se uporabljali v nedavnih preglednih, z dokazi podprtih raziskavah o tem, kako zagotoviti stalnost zaposlitve delavcev v zdravstvu. S pomočjo teh seznamov bodo oblikovalci politike in predstavniki nacionalnih združenj v zdravstveni negi dobili strukturo za opredelitev specifičnih ukrepov, ki bi jih veljalo uvesti.

Svežnji ukrepov

Obstaja veliko prostora za izboljšanje stopnje zadržanja medicinskih sester v vseh zdravstvenih sistemih, vendar je tudi število možnih ukrepov zelo veliko. Trajnostni uspeh pri izboljšanju zadržanja medicinskih sester v poklicu je kot vse kaže odvisen od številnih načrtovanih ukrepov, ki se jih najverjetneje uvede po fazah – tako imenovani sveženj povezanih ukrepov –, ne pa od posamičnih ukrepov. Pri določanju najučinkovitejše kombinacije ukrepov za izboljšanje zadržanja medicinskih sester je pomembno ustvariti bazo raziskovalnih dokazov o delovnih izkušnjah in motivaciji zaposlenih v zdravstveni negi. To je mogoče doseči z raziskavami, intervjuji tistih, ki odhajajo z delovnega mesta, s povratnimi informacijami članov fokusnih skupin in dosledno analizo kazalnikov trga dela, saj se lahko le na ta način naredi seznam prednostnih ukrepov in se te poveže med sabo. Ovrednotenje vpliva ukrepov, namenjenih povišanju stopnje zadržanja, mora biti nujni sestavni del vsake uvedbe svežnja ukrepov.

Ti ključni koraki so povzeti v okvirju 12.

Okvir 12: Kako doseči trajne učinke na stalnost zaposlitve delavcev v zdravstveni negi

ZADRŽANJE MEDICINSKIH SESTER V POKLICU: V ČEM JE TEŽAVA?	DIAGNOZA IN ANALIZA
<p>Oblikovalci politik in predstavniki nacionalnih združenj v zdravstveni negi morajo imeti dostop do podatkov in informacij, na podlagi katerih lahko ugotovijo obseg problema, ocenijo ali se stanje razlikuje v različnih delih organizacije ali sistema, določijo vzročne dejavnike in se odločijo, uvedba katerih ukrepov bi lahko bila najbolj primerna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uporabljajte standardne definicije pojmov zadržanje ali fluktuacija [glej Prilogo 1], da ocenite trende in standardno odstopanje. • Izvajajte ankete med zaposlenimi, poslužujte se fokusnih skupin in intervjujev ob odhodu zaposlenih, da ugotovite vzročne dejavnike in določite, kje prihaja do odstopanj. • Ugotovite vpliv delovnega okolja na medicinske sestre, na primer z inštrumentom Lestvica delovnega okolja zaposlenih v zdravstveni negi (PES-NWI). • Analizirajte podatke o zadovoljstvu pacientov, kakovosti in rezultatih ter stroških fluktuacije [glej Prilogo 2], da ugotovite vpliv menjavanja zaposlitev na organizacijo in zagotavljanje zdravstvene oskrbe.
ZADRŽANJE (IN POVEZANE TEŽAVE) V ŠIRŠEM OKVIRU	RAZUMEVANJE TRGA DELOVNE SILE IN STRATEŠKEGA ŠIRŠEGA OKVIRA
<p>Razvijte trajnostni in strateški pristop do zaposlenih v zdravstveni negi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Razpolagati morate s točnimi in popolnimi podatki o zaposlenih v zdravstveni negi, najbolje s pomočjo računalniško podprtega informacijskega sistema in 'minimalnega nabora podatkov' [glej Prilogo 1]. • V dokumentu Globalna strategija o človeških virih v zdravstvu: zaposleni 2030, ki ga je pripravila Svetovna zdravstvena organizacija, se uporablja analitični pristop k trgu dela, ki ga lahko prilagodite za lastne potrebe.
NAČRTOVANJE UVEDBE UKREPOV	OBLIKOVANJE TEORETIČNEGA OKVIRA ZA UVEDBO UKREPOV
<p>Oblikujte in uvedite seznam ukrepov, ki temeljijo na rezultatih raziskav, vendar se osredotočajo na praktično izvajanje politik za ureditev vprašanja menjavanja zaposlitve delavcev v zdravstveni negi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oblikujte teoretični okvir s kategorijami mogočih ukrepov, saj vam bo nudil podlago za določitev specifičnih ukrepov, ki jih je potrebno uvesti. • En tak primer je Okvir SZO 2010⁸⁴, drugi pa so navedeni v tretjem poglavju tega dokumenta.
SVEŽNJI UKREPOV	USKLAJENA UVEDBA UKREPOV
<p>Obstaja veliko možnosti, kako spremeniti politiko organizacije ali sistema. Vsi sprejeti ukrepi morajo biti povezani in usklajeni, da bodo imele spremembe največji učinek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trajnostni uspeh pri izboljšanju zadržanja medicinskih sester v poklicu je povezan z načrtovano in postopno uvedbo več skupin ukrepov – t. i. svežnji povezanih ukrepov. • Pri določanju najučinkovitejše kombinacije ukrepov za izboljšanje zadržanja medicinskih sester je potrebno dobro razumeti delovne izkušnje in motivacijo zaposlenih v zdravstveni negi. • Ovrednotenje vpliva ukrepov mora biti nujni sestavni del pristopa.

Priloga 1: Kazalniki zadržanja medicinskih sester

Za ocenjevanje stalnosti zaposlitve medicinskih sester je mogoče uporabiti več kazalnikov delovne sile, ki naj bi se redno beležili v kadrovskih informacijskih sistemih. (Glej Priročnik SZO⁸⁵ in nedavni pregled o izpadu delavcev v zdravstvu^{86 87} za več podrobnosti o analitičnih pristopih in njihovih omejitvah).

Prednosti in omejitve različnih kazalnikov

Spodnja tabela prikazuje najpogosteje uporabljene kazalnike pri tematiki zadržanja medicinskih sester, način izračunavanja ter glavne prednosti in omejitve vsakega kazalnika, ki se uporablja pri oceni zadržanja medicinskih sester v poklicu.

KAZALNIK	OBIČAJEN NAČIN IZRAČUNAVANJA	PREDNOSTI/OMEJITVE
FLUKTUACIJA ZAPOSLENIH	<p>Fluktuacija zaposlenih, ki se včasih imenuje tudi 'izpad'⁸⁷ ali 'izguba'⁸⁸, je po navadi izražena v odstotkih vseh zaposlenih v zdravstveni negi v določeni organizaciji ali sistemu, ki so zapustili organizacijo (ali se prezaposlili) v zadnjih 12 mesecih. Včasih se imenuje tudi 'groba' letna stopnja fluktuacije.</p> <p>ŠTEVILO 'OSIPNIKOV', DELJENO S POVPREČNIM ŠTEVILOM ZAPOSLENIH V ENEM LETU.</p> <p>Druge merske enote: verjetnost preživetja⁸⁹; mediana preživetja (v letih), analiza preživetja, izpad v prvih letih po zaključku študija.</p>	<p>Stopnja fluktuacije medicinskih sester, kakorkoli je že merjena, je najbolj pogosta merska enota za ugotavljanje zadržanja (oz. njegovega pomanjkanja). Treba je razlikovati med prostovoljno in neprostovoljno fluktuacijo, pa tudi med notranjimi in zunanji novimi delovnimi mesti prostovoljnih 'osipnikov'.</p>
STABILNOST	<p>Pri ugotavljanju stabilnosti delovne sile v zdravstveni negi je poudarek na istem osnovnem vprašanju zadržanja medicinskih sester, le da se usmerimo na tiste medicinske sestre, ki ostanejo, in ne na tiste, ki zapustijo ustanovo ali poklic. Visoka stopnja stabilnosti osebja oziroma stalnosti zaposlitve je nasprotna visoki fluktuaciji osebja in je po navadi pozitivno povezana s stopnjo in kakovostjo zdravstvenega varstva, ki je na voljo⁹⁰.</p> <p>INDEKS STABILNOSTI 1 – ODSOTOK OSEBJA, KI JE BIL NA KLJUČNIH DELOVNIH MESTIH NA ZAČETKU PRVEGA LETA IN JE BIL NA ISTEM DELOVNEM MESTU LETO DNI KASNEJE.</p>	<p>Če se zaposleni v zdravstveni negi odločijo ostati, tudi kadar imajo možnost odhoda, to po vsej verjetnosti kaže, da delovno okolje izpolnjuje njihove potrebe. Stabilnost je lahko koristen kazalnik pozitivnega zadržanja v poklicu, vendar temelji na osnovi, da imajo medicinske sestre izbiro ali bodo ostale ali šle.</p>

<p>ODSOTNOST</p>	<p>Absentizem zaposlenih v zdravstveni negi predstavlja oviro do izboljšanja zdravstvenih izidov v državah z nizkimi in srednjimi dohodki^{91 92}. Razlogi za odsotnost z dela lahko vključujejo oddaljenost in težak dostop do zdravstvenih ustanov, slabo infrastrukturo in prevoz ter slabe ali nevarne delovne pogoje. V nekaterih primerih je odsotnost z glavnega delovnega mesta lahko povezana s potrebo po dodatnih virih dohodka, da se doseže dostojno plačo za preživetje, torej s tako imenovano 'dvojno prakso'^{93 94}.</p> <p>GROBA STOPNJA ABSENTIZMA: ČAS, IZGUBLJEN ZARADI ODSOTNOSTI Z DELA ALI PRIPISAN ODSOTNOSTI Z DELA, IZRAŽEN KOT ODSOTOK POGODBENO DOLOČENEGA DELOVNEGA ČASA V DOLOČENEM ČASOVNEM OBDOBJU.</p> <p>Druge uporabljene merske enote so povprečno trajanje odsotnosti z dela in povprečno trajanje odsotnosti z dela na osebo.</p>	<p>Stopnjo odsotnosti z dela je mogoče preprosto izračunati; analize stopenj odsotnosti različnih skupin zaposlenih, oddelkov ali delovnih mest pomagajo pri prepoznavanju določenih problematičnih področij. Glavna omejitev je, da lahko primerjava stopenj odsotnosti v različnih enotah privede do napačnih zaključkov, če niso na voljo osnovni podatki, kot sta število odsotnosti in trajanje odsotnosti.</p>
<p>KANDIDATI</p>	<p>ŠTEVILO 'PRIMERNO KVALIFICIRANIH' KANDIDATOV ZA DOLOČENA DELOVNA MESTA V ZDRAVSTVENI NEGI</p>	<p>Ta indikator 'privlačnosti' delovnih mest se lahko uporabi za oceno 'stopnje zapolnitve'; gre za odstotek delovnih mest, ki jih zapolni ustrezno usposobljeno osebje s področja zdravstvene nege. Odstotek se lahko primerja z drugimi deli zdravstvenega sistema in tako oceni relativni problem pri zaposlovanju na določenih območjih, npr. podeželskih ali oddaljenih območjih.</p>
<p>PROSTA DELOVNA MESTA</p>	<p>Če financirana delovna mesta v zdravstveni negi ostanejo nezasedena, to morda odraža neprivlačnost delovnega mesta zaradi delovnih pogojev, geografske lokacije ali pa slabega ugleda ustanove, ki zaposluje. Stopnja prostih delovnih mest lahko predstavlja kazalnik relativne privlačnosti in neprivlačnosti različnih delovnih mest, lokacij in ustanov, tako da se jo lahko uporablja kot kazalnik.</p> <p>ŠTEVILO FINANCIRANIH DELOVNIH MEST, KI OSTANEJO NEZASEDENA, IZRAŽENO V ODSOTKU VSEH DELOVNIH MEST, NA PRIMER x % STOPNJA PROSTIH DELOVNIH MEST</p>	<p>Nekatere organizacije namerno puščajo delovna mesta v zdravstveni negi nezasedena, da bi prihranile pri stroških zaposlovanja, kar posledično pomeni, da stopnja prostih delovnih mest ni legitimen kazalnik pomanjkanja delovne sile. Po drugi strani pa ponekod izbrišejo delovna mesta, ki jih ni mogoče zapolniti, s čimer se prikrije problem pomanjkanja delovne sile.</p>

Viri: (glej ^{96, 97, 98} za podrobnosti)

Ti pogosto uporabljeni kazalniki zadržanja medicinskih sester v poklicu so v najboljšem primeru le delno koristni pri ocenjevanju zadržanja in jih je treba uporabljati in razlagati z določeno mero previdnosti. Vsi morajo biti uporabljeni pogosto, če naj se z njimi beleži trende, ki so veliko bolj uporabni kot meritve le posameznih časovnih obdobj. Pri številnih kazalnikih je mogoče uporabiti različne metode izračunavanja, kar negativno vpliva na primerjavo, če se jih uporablja za različne organizacije ali časovna obdobja.

Metodološke omejitve se lahko še povečajo zaradi omejitev pri interpretaciji podatkov kot jasnih kazalnikov vedenja delovne sile v zdravstveni negi. Na primer: nizka fluktuacija medicinskih sester je lahko le odraz dejstva, da nimajo drugih možnosti zaposlitve, ne pa velikega zadovoljstva z delovnim mestom; visoka odsotnost medicinskih sester lahko odraža težave s prevozom in dostopom do delovnega mesta, ne pa pomanjkanje motivacije; in visoka stopnja prostih delovnih mest v zdravstveni negi je lahko posledica namernega zmanjševanja stroškov.

Minimalni nabor podatkov in Nacionalna poročila o zaposlenih v zdravstvu

Oblikovalci politik, analitiki in načrtovalci morajo razmisliti o tem, kako prispevati k čim bolj učinkoviti analizi, tako da vzpostavijo redno zbiranje podatkov o človeških virih v zdravstveni negi. Najbolje je, če uporabljajo sistemski standard kadrovskega informacijskega sistema, ki temelji na dogovorjenem minimalnem obsegu kadrovskih podatkov za določeno državo. Trenutna priporočila SZO glede nacionalnih poročil o zaposlenih v zdravstvu in minimalnega nabora podatkov za register zdravstvenih delavcev¹⁰⁰ vsebujejo različne elemente, ki so pomembni za to področje zagotavljanja osnove za uvedbo ukrepov.

Priloga 2

Zadržanje medicinskih sester: orodja Kontrolni seznam stroškov fluktuacije zaposlenih

Pregled rezultatov raziskav, naveden v tem poročilu, je izpostavil več študij, ki so preučevale in ocenjevale stroške fluktuacije medicinskih sester. Avtorji teh študij so uporabili različice kontrolnega seznama stroškov fluktuacije zaposlenih, da so ocenili skupni strošek nadomestitve medicinske sestre. Raziskave o stroških fluktuacije zaposlenih v zdravstveni negi običajno opredeljujejo štiri elemente tega postopka: odhod medicinske sestre, začasna zamenjava, iskanje in izbor nadomestne medicinske sestre in uvajanje nove medicinske sestre. Cilj kontrolnega seznama je določiti neposredne stroške in porazdeliti posredne stroške, povezane s postopkom odhoda stare in prihoda nove medicinske sestre.

Štirje elementi kontrolnega seznama fluktuacije medicinskih sester:

1. **ODHOD:** Prva faza v postopku obsega oceno vseh stroškov, ki nastanejo zaradi odhoda medicinske sestre iz ustanove. Ti stroški vključujejo na primer čas, porabljen za pripravo dokumentacije, izvedbo razgovora ob odhodu in pripravo poročil.

2. **ZAČASNA ZAMENJAVA** je druga faza v postopku in odraža stroškovne posledice metod, ki jih organizacija uporablja za kritje izpraznjenega delovnega mesta, dokler to ni zapolnjeno. Lahko vključuje stroške začasnega osebja in stroške nadurnega dela.

3. **ISKANJE IN IZBOR** predstavljata tretjo fazo. Vključujeta na primer oglaševanje prostega delovnega mesta, čas, ki se porabi za preverjanje prijav in reference kandidatov, čas, porabljen za razgovore in stroške, povezane z namestitvijo nove medicinske sestre na delovno mesto.

4. **UVAJANJE IN IZOBRAŽEVANJE.** Vključuje stroške, ki nastanejo od prihoda nove medicinske sestre v ustanovo, pa dokler ta ne doseže enake stopnje strokovnosti in učinkovitosti kot njena predhodnica. Poskuša se oceniti stroške 'izgubljene' produktivnosti, dokler nova medicinska sestra ne doseže enake učinkovitosti. To je zapleteno vprašanje, ki se deloma nanaša na klinično strokovno znanje, pa tudi na to, kako se medicinska sestra znajde v novem delovnem okolju in vključi v novo delovno skupino.

Stroški fluktuacije zaposlenih v zdravstveni negi se razlikujejo tudi glede na sprejeto strategijo zamenjave (npr. zamenjava izkušene medicinske sestre z manj izkušeno bo verjetno povzročila nižjo produktivnost, vsaj kratkoročno) in najverjetneje tudi glede na klinično okolje. Na 'visokotehnoloških' in drugih specifičnih področjih, ki zahtevajo visoko stopnjo naprednega znanja in spretnosti iz zdravstvene nege, bodo verjetno nastali višji stroški kot na področjih, pri katerih je lažje zaposliti osebe enake kakovosti kot so bile tiste, ki so odšle z delovnega mesta. Za natančnejšo oceno bi morala ustanova uporabiti metodologijo kontrolnega seznama fluktuacije medicinskih sester za potrebe kadrovanja in na podlagi pridobljenih podatkov sprejemati premišljene odločitve.

Obstaja več načinov, kako ponazoriti splošni učinek stroškov fluktuacije zaposlenih na ravni organizacije, na primer odstotek celotnih stroškov organizacije, stroški na pacienta na dan, znižanje stroškov zaradi manjše fluktuacije.

iHRIS Retain

Sodelavci projekta CapacityPlus in predstavniki SZO so razvili iHRIS Retain, odprtokodno orodje za oceno stroškov različnih posegov na področju zaposlenih v zdravstvu in razvoj strategij za zadržanje na občinski oziroma lokalni, regionalni ali nacionalni ravni¹⁰¹. Orodje naj bi se že uporabljalo v več državah, kjer je nudilo podporo vodstvu, oblikovalcem politik in drugim zainteresiranim deležnikom pri razvoju učinkovitejših pristopov za zadržanje zaposlenih v zdravstvu¹⁰². Njegov namen je zagotavljati pomoč pri odločanju o najprimernejši stroškovno učinkoviti strategiji zadržanja delovne sile v danih okoliščinah. Orodje je bilo izdelano v skladu s Svetovnimi priporočili SZO za večji dostop do zdravstvenih delavcev na oddaljenih in podeželskih območjih zaradi višje stopnje zadržanja.

1. Za podrobnejši pregled glej: Hayes L et al (2012) Nurse turnover: a literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*. 49(7):887-905.
2. Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources for Health*, 15(1), 21.
3. Heinen M et al (2013) Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 174-184
4. Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F., & Jun, J. (2014). What does nurse turnover rate mean and what is the rate?. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(3-4), 64-71.
5. Duffield C., Roche M., O'Brien-Pallas L. & Catling-Paull C. (2009) Implications of staff 'churn' for nurse managers, staff, and patients. *Nursing Economic*, 27 (2), 103-110.
6. Heinen M et al (2013) Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 174-184
7. Waldman J, Kelly F, Arora S, Smith H (2004) The Shocking Cost of Turnover in Health Care. *HealthCareManagement Review* Jan- Mar 2004: 29 (1), 2-7.
8. Bland Jones, C (2004) The Costs of Nurse Turnover. *Journal of Nursing Administration* 34 (12) 562- 566
9. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, Dussault G, Jansen C, Kroezen M, Rafferty AM, Sermeus W (2015). Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Directorate-General for Health and Food Safety http://www.efrs.eu/uploads/files/55a10c7a-e7b0-41df-88aa-119750ace4bd.2015_healthworkforce_recruitment_retention_frep_en.pdf
10. Jones C.B. & Gates M. (2007) The costs and benefits of nursing turnover: a business case for nurse retention. *Online Journal of Issues in Nursing* 12 (3),
11. Yin L, Jones C (2013) Literature Review of Nurse Turnover Costs. *Journal of Nursing Management*, Vol.21(3), pp.405-418
12. Roche, M. A., Duffield, C. M., Homer, C., Buchan, J., & Dimitrelis, S. (2014). The rate and cost of nurse turnover in Australia. *Collegian*.
13. North N et al (2013) Nurse turnover in New Zealand: costs and relationships with staffing practices and patient outcomes. *Journal of Nursing Management* vol:21 iss:3 pg:419 -428
14. Duffield C, et al (2014) A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing* .vol:70 iss:12 pg:2703 -2712
15. McClure M, Poulin M, Sovie M, Wandelt M. (1983) *Magnet Hospitals: Attraction Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Academy of Nursing, USA.
16. Smith, S. A. (2014). Magnet hospitals: higher rates of patient satisfaction. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(1-2), 30-41.
17. Jayawardhana, J., Welton, J. M., & Lindrooth, R. C. (2014). Is there a business case for Magnet hospitals? Estimates of the cost and revenue implications of becoming a Magnet. *Medical Care*, 52(5), 406.
18. Kutney-Lee, A., Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Quinn, L. W., & Aiken, L. H. (2015). Changes in Patient and Nurse Outcomes Associated With Magnet Hospital Recognition. *Medical care*, 53(6), 550-557.
19. Stalpers, D., de Brouwer, B. J., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International journal of nursing studies*, 52(4), 817-835.
20. Friese, C. R., Xia, R., Ghaferi, A., Birkmeyer, J. D., & Banerjee, M. (2015). Hospitals In 'Magnet' Program Show Better Patient Outcomes On Mortality Measures Compared To Non-'Magnet' Hospitals. *Health Affairs*, 34(6), 986-992.
21. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Tishelman, C. (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. *Bmj*, 344, e1717.
22. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/find-a-magnet-facility/>
23. Thomas K et al (2013). The relationships among licensed nurse turnover, retention, and rehospitalization of nursing home residents. *The Gerontologist*, 53, Issue 2, 211-221,
24. Park SH, Boyle DK, Bergquist-Beringer S, Staggs VS, Dunton NE. (2014) . Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Health Services Research*. 49(4):1,205-25.
25. Karin Newman, Uvanney Maylor, Bal Chansarkar, (2001) "The nurse retention, quality of care and patient satisfaction chain", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 14 Issue: pp.57-68,
26. Russo, M., & Buonocore, F. (2012). The relationship between work-family enrichment and nurse turnover. *Journal of Managerial Psychology*, 27(3), 216-236.
27. Takeuchi, T., & Yamazaki, Y. (2010). Relationship between work-family conflict and a sense of coherence among Japanese registered nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 7(2), 168
28. Wiskow C, Albrecht T, de Pietro C. (2010) How to create an attractive and supportive working environment for health professionals World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Briefs 15, WHO Regional Office for Europe.

29. Wiskow C, Albrecht T, de Pietro C. (2010) How to create an attractive and supportive working environment for health professionals World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Briefs 15, WHO Regional Office for Europe.
30. Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., ... & Sermeus, W. (2017). The general results of the RN4CAST survey in Italy. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2028-2030.
31. Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V., & Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 312-330.
32. Letvak, S., & Buck, R. (2008). Factors influencing work productivity and intent to stay in nursing. *Nursing Economics*, 26(3), 159
33. Lake ET. (2002) Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 2002;25(3):176-188.; Lake ET, Friese CR. (2006) Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*. 55(1):1-9.; Lake ET. (2007) The nursing practice environment: Measurement and evidence. *Medical Care Research and Review*. 2007;64(2 Suppl): 104S-122S.
34. Warshawsky N, Sullivan Havens D, (2011) Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research Jan-Feb*; 60(1): 17-31.
35. Aiken LH et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, pages 1824-1830, 24 May 2014.
36. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & 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.
37. Heinen M et al (2013) Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 174-184
38. Salt, J., Cummings, G. G., & Profetto-McGrath, J. (2008). Increasing retention of new graduate nurses: a systematic review of interventions by healthcare organizations. *Journal of Nursing Administration*, 38(6), 287-296.
39. Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Merlyn, T., & Brodaty, H. (2010). A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 156-167.
40. Cowden, T., Cummings, G., & Profetto-McGrath J (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 461-477.
41. Dieleman M et al. (2011). Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas. Geneva, World Health Organization
42. Sawatzky J, Enns, C (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 696-707.
43. Mbemba, G., Gagnon, M.P., Pare, G. et al (2013) Interventions for supporting nurse retention in rural and re-mote areas: an umbrella review. *Human Resources for Health* 11(1):44
44. Twigg D McCullough K (2014) Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies* 51 , 85-92
45. Adams E, Kennedy A (2008) Positive Practice Environments Key Considerations for the Development of a Framework to Support the Integration of International Nurses. ICNM. http://www.intnursemigration.org/wp-content/uploads/2014/10/ICNM_Pos_Practice_Env.pdf
46. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *Journal of Nursing Management* 2014; 22(8):1027-1041
47. West M, Dawson J (2012) Employee engagement and NHS performance. Kings Fund, London <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/employee-engagement-nhs-performance-west-dawsonleadership-review2012-paper.pdf>
48. Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources for Health*, 15(1), 21.
49. Halfer, D. (2012). Job embeddedness factors and retention of nurses with 1 to 3 years of experience. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(10), 468-476.
50. Flinkman M et al (2010) Nurses' intention to leave the profession: integrative review *Journal of Advanced Nursing*; 66(7):1422-34.
51. Pinto A, de Jesus H, Mendes, Fronteira I (2015) Estudo RN4CAST em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10 (2) 26-37
52. Donoghue, C. (2010). Nursing home staff turnover and retention: An analysis of national level data. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 89-106.
53. Mazurenko O et al (2015) Analyzing U.S. nurse turnover: Are nurses leaving their jobs or the profession itself? *Journal of Hospital Administration* 2015, Vol. 4, No. 4
54. Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. <http://doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>
55. Health workforce 2030: towards a global strategy on human resources for health. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/)
56. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):892-4. doi:10.2471/BLT.13.118927
57. Buykx, P., Humphreys, J., Wakeman, J., & Pashen, D. (2010). Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *Australian Journal of Rural Health*, 18(3), 102-109.
58. Edson Araújo and Akiko Maeda (2013) How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries.
59. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, Dussault G, Jansen C, Kroezen M, Rafferty AM, Sermeus W (2015). Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Directorate-General for Health and Food Safety
60. Dieleman, M., Kane, S., Zwanikken, P., & Gerretsen, B. (2011). Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas.

61. Mbemba, G., Gagnon, M. P., Paré, G., & Côté, J. (2013). Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review. *Human Resources for Health*, 11(1), 44.
62. WHO (2010) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. WHO: Geneva <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html> See also: Dolea C., L. Stormont, and J. M. Braichet. 2010. "Evaluated Strategies to Increase Attraction and Retention of Health Workers in Remote and Rural Areas." *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88:
63. Willis-Shattuck M., P. Bidwell P, S. Thomas, L. Wyness, D. Blaauw, and P. Ditlopo. 2008. Motivation and Retention of Health Workers in Developing Countries: A Systematic Review. *BMC Health Services Research*, Vol. 8: 247.
64. Bärnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 9:86.
65. Buchan, J., Couper, I. D., Tangcharoensathien, V., Thepannya, K., Jaskiewicz, W., Perfilieva, G., & Dolea, C.(2013). Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(11), 834-840
66. Buchan, J(2004). What Difference Does ('good') HRM Make? *Human Resources for Health* 2: 6.
67. WHO (2010) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. WHO: Geneva <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html> See also: Dolea C., L. Stormont, and J. M. Braichet. 2010. "Evaluated Strategies to Increase Attraction and Retention of Health Workers in Remote and Rural Areas." *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88:
68. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, Dussault G, Jansen C, Kroezen M, Rafferty AM, Sermeus W (2015). Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Directorate- General for Health and Food Safety http://www.efrs.eu/uploads/files/55a10c7a-e7b0-41df-88aa-119750ace4bd.2015_healthworkforce_recruitment_retention_frep_en.pdf
69. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, Dussault G, Jansen C, Kroezen M, Rafferty AM, Sermeus W (2015). Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Directorate- General for Health and Food Safety http://www.efrs.eu/uploads/files/55a10c7a-e7b0-41df-88aa-119750ace4bd.2015_healthworkforce_recruitment_retention_frep_en.pdf
70. The Patients Association (accessed online April 10 2018) Making TRACS to improve nurse retention <https://www.patients-association.org.uk/blog/making-tracs-to-improve-nurse-retention>
71. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*. 2008;8(19):Mbemba G, Gagnon M, Pare G, Cote J. Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: An umbrella review. *Human Resources for Health*. 2013;11(1):44.
72. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. (2013) Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: A systematic review. *Journal of Nursing Management*.
73. Buchan, J., Twigg, D., Dussault, G., Duffield, C. and Stone, P.W. (2015), Policies to sustain the nursing work-force: an international perspective. *International Nursing Review*, 62: 162– doi: 10.1111/inr.12169
74. Schmiedeknecht K et al (2015) , Predictors of Workforce Retention Among Malawian Nurse Graduates of a Scholarship Program: A Mixed-Methods Study . *Global Health Science and Practice* March 1, 2015 vol. 3 no. 1 p. 85-96
75. Dieleman M et al. (2011). Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas. Geneva, World Health Organization
76. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *Journal of Nursing Management* 2014; 22(8):1027-1041
77. Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R., & Depoorter, A. M. (2011). Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 371-383
78. Blaauw, D., Erasmus, E., Pagaiya, N., Tangcharoensathien, V., Mullei, K., Mudhune, S., ... & Lagarde, M. (2010). Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 350-356.
79. NHS Employers (2017) Improving staff retention : a guide for employers. NHS Employers, London. <http://www.nhsemployers.org/~media/Employers/Documents/Retention-Guide.pdf>
80. Association of UK University Hospitals (AUKUH) 2013 Nurse Retention Best Practice Guide. AUKUH Deputy Directors of Nursing Group, UK. <https://www.medschools.ac.uk/media/2326/aukuh-nurse-retention-guide.pdf>
81. Zurn, P., Vujcic, M., Lemièrre, C., Juquois, M., Stormont, L., Campbell, J., ... & Braichet, J. M. (2011). A technical framework for costing health workforce retention schemes in remote and rural areas. *Human Resources for Health*, 9(1), 8.
82. iHRIS retain. Cost health worker retention interventions. Washington: CapacityPlus; 2013. Available from: <http://retain.ihris.org/retain/>
83. Weidner A et al (2012) Alberta: Evaluation of Nursing Retention and Recruitment Programs. *Nursing Leadership*, 25(Sp) March 2012: 130-147. doi:10.12927/cjnl.2012.22799
84. WHO (2010) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. WHO: Geneva <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html>
85. DalPoz M, Gupta N, Quain E, Soucat A (2009) Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health. WHO/World Bank/ USAID.
86. Chisholm, M., Russell, D., & Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turnover and retention: what are the patterns, determinants and costs?. *Australian Journal of Rural Health*, 19(2),
87. Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources for Health*, 15(1), 21.
88. Chankova S, Muchiri S and Kombe G Health workforce attrition in the public sector in Kenya: a look at the reasons *Human Resources for Health* 2009, 7:58

89. Dovlo D: Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health* 2005, 3:
90. Russell, D. J., Humphreys, J. S., McGrail, M. R., Cameron, W. I., & Williams, P. J. (2013). The value of survival analyses for evidence-based rural medical workforce planning. *Human Resources for Health*, 11(1), 65.
91. Buchan J (2010). The benefits of health workforce stability. *Human Resources for Health*, 8:29.
92. Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K, Roger FH. (2006) Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. *Journal of Economic Perspective* 20(1):91-116.
93. Goldstein, M., Zivin, J. G., Habyarimana, J., Pop-Eleches, C., & Thirumurthy, H. (2013). The effect of absenteeism and clinic protocol on health outcomes: The case of mother-to-child transmission of HIV in Kenya. *American Economic Journal. Applied Economics*, 5(2), 58.
94. Fox, S., Witter, S., Wylde, E., Mafuta, E., & Lievens, T. (2013). Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy and Planning*, czs138.
95. Russo G et al (2018) Understanding nurses' dual practice: a scoping review of what we know and what we still need to ask on nurses holding multiple jobs. *Human Resources for Health* 16:14
96. Chisholm, M., Russell, D., & Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turnover and retention: what are the patterns, determinants and costs?. *Australian Journal of Rural Health*, 19(2), 81-88.
97. Russell, D. J., Humphreys, J. S., & Wakerman, J. (2012). How best to measure health workforce turnover and retention: five key metrics. *Australian Health Review*, 36(3), 290-295.
98. Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources for Health*, 15(1), 21
99. WHO (2015) National health workforce accounts: The knowledge-base for health workforce development towards Universal Health Coverage. http://www.who.int/hrhdocuments/15376_WHOBrief_NHWFA_0605.pdf
100. WHO (2015) Human Resources for Health Information System. Minimum Data Set for Health Workforce Registry http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set.pdf?ua=1
101. <http://retain.ihris.org/retain/>
102. Deussom R, Jaskiewicz W (2014) Using Evidence for Human Resources for Health Decision-Making: A Example from Uganda on Health Workforce Recruitment and Retention. Intrahealth, USA. www.capacityplus.org/technical-brief-15/n

ICNM

International Centre on Nurse Migration

AN INFORMATION RESOURCE FOR POLICY MAKERS, PLANNERS, AND PRACTITIONERS

Hvala

Posebna zahvala:

Izr. prof. dr. James Buchan, Univerza za tehnologijo v Sydneyju

Dr. Franklin A. Shaffer, FAAN, FFNMRCIS, predsednik in direktor organizacije CGFNS International in pomočnik strateške nadzorne skupine ICNM

in

Mag. zdr. nege Howard Catton, direktor za zdravstveno nego in zdravstveno politiko pri Mednarodnem svetu medicinskih sester (ICN)

za pomoč pri nastanku tega poročila,

ter

Lindsey Williamson, direktorica za stike z javnostjo pri Mednarodnem svetu medicinskih sester (ICN) in

mag. Nico Gennaro Sciasci, koordinator programa ICNM

za njun prispevek k publikaciji

O ICNM

Mednarodni center za migracije medicinskih sester (ICNM) služi kot obsežen vir znanja, ki ga je ustanovila Komisija za diplomante tujih zdravstvenih šol (CGFNS) v sodelovanju z Mednarodnim svetom medicinskih sester (ICN). ICNM poudarja razvoj, promocijo in razširjanje raziskav, politik in informacij o globalnih selitvah medicinskih sester. To središče informacij ponuja novice, vire in publikacije, ki so dostopni vsem oblikovalcem politik, načrtovalcem in strokovnjakom.

O ICN

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je zveza več kot 130 nacionalnih združenj v zdravstveni negi (NSA), ki zastopajo več kot 20 milijonov zaposlenih v zdravstveni negi po vsem svetu. Ustanovljen je bil leta 1899 in je prva in največja mednarodna organizacija za zdravstvene delavce na svetu. Pod vodstvom delavcev v zdravstveni negi ima ICN globalno vodilno vlogo na področju zdravstvene nege in deluje v smeri zagotavljanja kakovostne oskrbe ter preudarnih zdravstvenih politik po vsem svetu. Podpira tudi razvoj znanja o zdravstveni negi ter izvaja aktivnosti za izboljšanje spoštovanja poklicev v zdravstveni negi.

O CGFNS International

CGFNS International, je nevtralna neprofitna imigracijska organizacija, ustanovljena leta 1977, ki opravlja analize akreditacij za zdravstvene delavce, ki so si izobrazbo pridobili v tujini in se želijo bodisi izseliti ali pa se vpisati na fakultete v eni od več kot 200 držav. Vladam in strokovni javnosti nudi tudi svetovalne in globalne storitve ocenjevanja standardov in izobraževalnih procesov.

CGFNS International ima posvetovalni status nevladne organizacije pri Ekonomsko-socialnem svetu Združenih narodov (ECOSOC), ki je osrednji forum za mednarodna in socialna vprašanja.

www.intlnursemigration.org

info-icnm@intlnursemigration.org