

Što je nedostatna zdravstvena njega?

What is missed nursing care?

Danijela Kumpović¹, Slađana Režić²

¹Klinički bolnički centar *Sestre milosrdnice*, Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli, Odjel za intenzivno liječenje – lokacija Draškovićeva 19, 10 000 Zagreb, Hrvatska

¹University Hospital Center *Sestre milosrdnice*, Department of Anesthesiology, Intensive Care Medicine and pain management, Intensive Care Unit – Location Draškovićeva 19, 10 000 Zagreb, Croatia

²Klinički bolnički centar *Zagreb*, Odjel za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb, Hrvatska

²University Hospital Center *Zagreb*, Department of quality assurance and advancement of health care, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb, Croatia

Sažetak

Uvod: Nedostatna zdravstvena njega podrazumijeva dio njege ili njegu u cijelosti koja nije izvršena ili je izostavljena. Najčešći je uzrok tomu nedostatak osoblja i/ili vremena. U literaturi se navodi nekoliko pojmova koji su vezani za nedostatnu njegu. Najčešće se upotrebljavaju pojmovi „missed care“, „implicit rationing care“, „unfinished care“. U Hrvatskoj se pojam nedostatne njege tek počinje istraživati i najčešće se upotrebljava pojam nedostatne njege.

Metode: Pretraživanjem baze podataka PubMed istraženi su instrumenti koji se može mjeriti nedostatna njega, a koji su aktualni posljednjih 10 godina.

Rezultati: Najčešći instrumenti korišteni u procjeni nedostatne zdravstvene njege su: Misscare survey, BERNCA, PIRNCA i TASK UNDONE. Svaki od instrumenta validiran je i preveden na nekoliko jezika. Navedeni instrumenti upotrebljavaju se u akutnim bolničkim ustanovama, dok je BERNCA modificiran instrument za mjerenje nedostatne njege koja se provodi u kući.

Zaključak: Nedostatna zdravstvena njega pojam je koji u posljednje vrijeme u velikoj mjeri zaokuplja istraživače. Razvijeno je nekoliko instrumenata koji istražuju taj fenomen. Nedostatna zdravstvena njega utječe na kvalitetu skrbi koju zdravstveni djelatnici pružaju, kao i na njene ishode. Potrebno je provoditi daljnja istraživanja te bi se na temelju rezultata moglo kreirati povoljno radno okruženje i sigurna skrb za pacijente.

Ključne riječi: nedostatna njega, propuštena njega, nedovršena njega, alati MISSCARE, BERNCA, PIRNCA, TASK UNDONE

Abstract

Introduction: Missed care is a part of care or the entirety of care that has not been performed or was left out. The most common cause of missed care is understaffing and/or lack of time. In literature is cited several terms associated with missed care. The most commonly used terms are „missed care“, „implicit rationing care“ and „unfinished care“. In Croatia the research on the concept of missed care has only just started.

Methods: PubMed database was searched for data on available instruments used to measure missed care in the last 10 years.

Results: The most common instruments used for the assessment of missed care are: Misscare survey, BERNCA, PIRNCA and TASK UNDONE. The said instruments have been validated and translated into several languages. These instruments are used in acute hospitals, while BERNCA was also modified for the measurement of missed care in home care.

Conclusion: Lately the concept of missed care has been in the stronger focus of researchers. Several instruments were developed for the research of this phenomenon. Missed care affects the quality of provided care, as well as patient care outcomes. Further research needs to be done to improve working conditions and ensure safe patient care.

Keywords: missed care, unfinished care, implicit rationing care, MISSCARE, BERNCA, PIRNCA, TASK UNDONE

Received September 11th 2019;

Accepted November 4th 2020;

Autor za korespondenciju/Corresponding author: Danijela Kumpović, KBC Sestre milosrdnice – lokacija Draškovićeva 19, 10 000 Zagreb, Hrvatska, e-mail: danijela.kumpovic@gmail.com

Uvod

Kvaliteta skrbi i sigurnost pacijenata predstavljaju važan aspekt sustava zdravstvene zaštite. Problem kvalitete u pružanju zdravstvene skrbi može se podijeliti na tri glavne kategorije: prekomjernost, neiskorištenost ili pogrešnu primjenu [1]. Prekomjerno se korištenje odnosi na pružanje nepotrebne usluge ili uslugu u kojoj rizik prelazi koristi. Neiskorištenost se odnosi na nedostatak neophodne ili potrebne usluge, a pogrešna primjena odnosi se na pružanje pogrešne usluge. Istraživanja ukazuju na to da je problem kvalitete pružanja zdravstvenih usluga povezan s neisko-

rištenosti značajno učestaliji u odnosu na prekomjernost i pogrešnu primjenu [2].

Od svih članova zdravstvenog tima, medicinske sestre najviše vremena provode uz pacijenta. Nadzor medicinskih sestara nad pacijentom nužan je kako bi se omogućila sigurnost pacijenta. Dodjeljivanje sve većeg broja pacijenata i radnih zadatka ugrožava sposobnost medicinske sestre da pruži sigurnu zdravstvenu njegu. Nedostatna zdravstvena njega odnosi se na bilo koji aspekt potrebne zdravstvene

njege (kliničke, emocionalne ili administrativne) koji je odgođen, djelomično dovršen ili uopće nije dovršen [3, 4].

Nedostatna zdravstvena njega smatra se neiskorištenom zdravstvenom uslugom, predstavlja grešku u procesu (neuspjeh da se učini ispravna stvar) u odnosu na grešku u pružanju njege (činiti pogrešnu stvar) koja može utjecati na sigurnost pacijenta [5]. U SAD-u nedostatna zdravstvena njega nedavno je identificirana kao pokazatelj kvalitete zdravstvene njege i sigurnosti pacijenta [6].

Fenomen nedostatne zdravstvene njege

Koncept nedostatne zdravstvene njege višedimenzionalni je fenomen o kojemu se raspravlja u međunarodnom kontekstu. Često se promatra u vidu globalnog nedostatka medicinskih sestara što posljedično utječe na pružanje kvalitetne zdravstvene skrbi te osobito na sigurnost pacijenta. S povijesnog gledišta, fenomen je prvotno ispitivan u medicinskom području kao rezultat neravnoteže mjera štednje s jedne strane i rastućih zdravstvenih zahtjeva s druge strane [7]. Tijekom posljednjeg desetljeća nedostatna zdravstvena njega postala je predmetom sustavnih istraživanja u sestrinstvu koja ukazuju na to da je nedostatna zdravstvena njega rezultat smanjenog broja medicinskih sestara i materijalnih resursa [8]. Navedeni čimbenici potaknuli su provođenje velikog broja kvalitativnih i kvantitativnih istraživanja u različitim zemljama, uključujući međunarodne usporedbe, od kojih je najpoznatija RN4CAST [9]. Prvo kvantitativno istraživanje o nedostatnoj zdravstvenoj njezi objavilo je Međunarodno udruženje bolnica za istraživanje ishoda bolesti – International Hospital Outcomes Research Consortium (IHORC) u SAD-u [10]. U literaturi je navedeno nekoliko pojmova vezanih za nedostatnu zdravstvenu njegu: „missed care“, „unfinished care“, „implicit rationing of nursing care“, „task incompleteness“, „care left undone“, „failure to maintain“, „unmet nursing care needs“ [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]. Iza zov je odabrati jedan engleski izraz koji je prihvatljiv svim zdravstvenim djelatnicima (osobito medicinskim sestrama) i koji na odgovarajući način opisuje taj fenomen [18]. Još je veći problem prevođenje ovog pojma na različite jezike.

U Hrvatskoj se pojam nedostatne zdravstvene njege tek počinje istraživati i osim navedenog termina upotrebljava se termin *propuštena zdravstvena njega* [19]. Sustavnim pregledom literature uočena je nedosljednost u terminologiji što negativno utječe na njihovo sustavno mapiranje: pretraživanje i odabir istraživanja te analizu i prikaz rezultata [20]. Kako bi se objasnio pojam nedostatne zdravstvene njege, razvijena su tri glavna termina: „unfinished care“, „implicit rationing“ i „missed care“. Svaki od ovih pristupa karakteriziraju specifične konceptualne definicije, teorijski okviri i mjerni alati. Primjerice, pojam „unfinished nursing care“ definiran je u kontekstu neriješenih sestričkih zadataka zbog nedostatka vremena za njegovo rješavanje [21]. „Implicit rationing of nursing care“ njega je koja se definira kao uskraćivanje potrebnih aktivnosti za zdravstvenom njegom zbog nedostatka sredstava (osoblja, vremena, materijala i kombinacije vještina) [22]. „Missed nursing care“ odnosi se na potrebnu njegu koja je odgođena, djelomično dovršena ili uopće nije dovršena [23]. Unfin-

ished / implicit rationing / missed nursing care predstavlja trodijelni fenomen koji uključuje problem (nedostatak vremena i resursa), proces (kliničko odlučivanje medicinskih sestara prilikom određivanja prioriteta i dijelova zdravstvene njege) te ishod (nedovršena zdravstvena njega, greška nastala propustom, nepovoljni ishodi zdravstvene njege za pacijente, kao što su dekubitus ili pneumonija).

Elementi i čimbenici rizika nedostatne zdravstvene njege

Na međunarodnoj je razini učestalost nedostatne zdravstvene njege visoka. Većina dokaza dolazi od prijave medicinskih sestara ili iz upitnika za pacijente. U sustavnom pregledu 42 istraživanja, 55 % – 98 % medicinskih sestara (većinom referirajući se na posljednju smjenu) prijavilo je najmanje jedan element nedostatne zdravstvene njege [12].

Rezultati kvantitativnih istraživanja upućuju na 5 najučestalijih elemenata nedostatne zdravstvene njege: emocionalna podrška, edukacija pacijenta, koordinacija zdravstvene njege i planiranje otpusta te planiranje i pravovremenost zdravstvene njege [12]. Međutim, učestalost elemenata nedostatne zdravstvene njege ovisi o odabranom pristupu mjerenja.

Elementi vezani za mobilnost uvijek su u prvih pet najučestalijih u „missed care“ pristupu, dok je nadzor bolesnika uobičajeno u prvih pet najučestalijih u „implicit ration“ pristupu.

Elementi nedostatne zdravstvene njege koji se odnose na zadovoljavanje psiholoških i emocionalnih potreba pacijenta (edukacija, emocionalna podrška, ugodan razgovor s pacijentom) češće su izostavljeni u odnosu na fiziološke potrebe jer indirektno imaju „manji“ učinak na pacijentovo zdravlje. Navedeni elementi zahtijevaju više vremena za realizaciju i teže je uočiti njihovu nedostatnu provedbu.

Nedostatna zdravstvena njega u praksi podrazumijeva različite negativne ishode za pacijente kao što su: povećana stopa smrtnosti, povećana stopa infekcija, produženi boravak u bolnici, pojavnost dekubitusa, pad bolesnika, povećana učestalost postoperativnih komplikacija te nezadovoljstvo pacijenta [24, 25, 26, 27, 28, 29].

Nedostatna zdravstvena njega ostavlja posljedice i na rad medicinske sestre što se može manifestirati nezadovoljstvom samim poslom te željom za odlaskom s radnog mjesta [12]. Neadekvatni radni resursi najčešće se navode kao razlog nedostatne zdravstvene njege, a slijede ih materijalni resursi te nedostatna komunikacija.

Radni se resursi odnose na: broj medicinskih sestara, hitna stanja, povećanje broja pacijenata, neadekvatan broj pomoćnog osoblja i prijem teško bolesnog pacijenta. Materijalni resursi odnose se na: situacije u kojima lijekovi nisu osigurani na vrijeme, pribor i oprema nisu dostupni kada su potrebni te nefunkcionalnost pribora i opreme.

Nedostatna komunikacija / timski rad obilježeni su: neodgovarajućom primopredajom od prethodne smjene ili drugog odjela, izostankom potrebne skrbi od strane drugih pružatelja skrbi (npr. fizioterapeut ne provede vježbe mobilizacije), nedostatkom potpore od članova tima, komunika-

cijskim preprekama unutar tima ili u odnosu između medicinske sestre i bolesnika.

Drugi mogući razlozi su: umor (prekovremeni rad, izostanak pauze), prekid izvršenja zadatka, višestruki zadaci, sindrom izgaranja na poslu i moralni distress [9, 23, 30].

Prema Jonesu, broj medicinskih sestara, uključujući karakteristike radnog okruženja, jači je čimbenik rizika za razliku od individualnih karakteristika medicinskih sestara (npr. dob, obrazovanje, godine radnog staža) [12].

Istraživanje u kojemu se uspoređivala nedostatna zdravstvena njega u bolnicama s „Magnet“ statusom i bez njege ukazalo je na značajnu razliku u razlozima i učestalosti nedostatne njege. „Magnet“ bolnice imale su znatno manji broj ukupnih elemenata nedostatne zdravstvene njege te značajno manje prijavljenih razloga vezanih za resurse rada i komunikaciju u odnosu na bolnice koje nemaju taj status [31]. „Magnet“ status certifikat je koji dodjeljuje Američka udruga medicinskih sestara bolnicama koje djeluju kao „magnet“ za medicinske sestre [3].

Alati za mjerenje nedostatne njege

U literaturi postoji više od 20 alata kojima se istražuje fenomen nedostatne njege. Zajedničko obilježje svih alata je da traže od medicinskih sestara procjenu njege koju su pružile tijekom prethodnih smjena te da identificiraju elemente koje nisu mogle dovršiti i razloge zbog kojih to nisu mogle učiniti. Spomenut ćemo nekoliko alata koji se najčešće upotrebljavaju u istraživanjima. Svaki od niže navedenih alata preveden je na nekoliko jezika te je korišten u nekoliko istraživanja fenomena nedostatne njege.

Jedan je od prvih alata *Task undone tool* (TU). Razvijen je na temelju pregleda istraživanja usredotočenih na percepciju medicinskih sestara o kvaliteti pružene skrbi te kvalitativnim istraživanjem putem fokus grupa [33]. Testiran je u SAD-u, a validaciju alata objavio je Lucero [17]. Alat se temelji na Lucerovom modelu procesa skrbi i praćenju ishoda te je korišten u međunarodnoj studiji RN4CAST [15]. Razvijeno je nekoliko modifikacija tog alata: TU5, TU7, TU9, TU13, a broj označava broj stavki u alatu. Alat je usmjeren na intervencije koje su ostale nedovršene tijekom posljednje smjene, a uključuje: intervencije planiranja skrbi, dokumentiranja, samozbrinjavanja, edukacije pacijenata, koordinacije otpusta pacijenta te emocionalnu podršku [33]. Kada se upotrebljava ovaj alat, vezan je za pojam „unfinished nursing care“.

Kalish je razvila alat MISSCARE koji se temelji na konceptualnom okviru propuštene njege ili „misscare“ [3]. Temelji se na kvalitativnim istraživanjima koja su provedena metodom fokusnih grupa. Identificirana su područja propuštene skrbi te razlozi koji dovode do propuštene skrbi. Alat se sastoji od tri dijela: prvi dio sadrži 20 stavki koje se odnose na demografske podatke medicinskih sestara i na kliničku okolinu sestriinske prakse. Drugi dio sadrži 24 stavke i procjenjuje koliko su navedene aktivnosti njege propuštene ili izostavljene, koristeći Likertovu skalu 1 – 5 (1 označava uvijek propušteno, 5 – nikad propušteno). Treći dio sadrži 17 stavki koje procjenjuju razloge za propuštenu njegu ko-

risteći Likertovu skalu 1 – 4 (1 označava vrlo važan razlog, a 4 označava nema razloga za propuštenu njegu) [3].

Alat BERNCA (Basel Extent of Rationing of Nursing Care) vezan je za fenomen „implicit rationing nursing care“ i potječe od Schuberta [13]. Implicitna racionalna skrb definirana je kao uskraćivanje potrebnih aktivnosti za njegu zbog nedostatnih sredstava (osoblje, materijalni resursi, vrijeme). Područja procjene u alatu BERNCA uključuju: aktivnost samozbrinjavanja, podršku u njezi, rehabilitaciju, edukaciju pacijenata, praćenje sigurnosti (monitoring vitalnih znakova, promptni odgovor na poziv pacijenta, adekvatna higijena ruku) i dokumentiranje [33]. Glavni je fokus na planiranju i procjeni pružene njege tijekom prethodnih 7 smjena. Sadrži 20 stavki koje se ocjenjuju na skali 0 – 3 (0 označava nikad, a 3 označava često). Kasnije je dodana opcija „nije potrebno“. Pojedinačne stavke alata izračunavaju se kao srednja vrijednost.

Jones je alat BERNCA prilagodio američkim uvjetima rada u bolnicama i tako je razvijen alat PIRNCA (Perceived Implicit Rationing of Nursing Care Instrument) [34]. Jones je u ovaj alat dodao aktivnosti koje su vezane za specifične kompetencije medicinskih sestara u SAD-u. Sadrži 31 stavku koje predstavljaju aktivnosti usmjerene na procjenu, identifikaciju problema, plan njege, realizaciju intervencija i evaluaciju skrbi. Među intervencijama ubrajaju se i sljedeće: rani odgovor na poziv pacijenta, procjena dokumentacije od strane tima koji pruža skrb, pružanje pomoći u aktivnostima samozbrinjavanja, dokumentiranje, edukacija pacijenata te pružanje emocionalne podrške [34]. PIRNCA procjenjuje aktivnosti na skali 1 – 4 (1 označava nikad, a 4 označava često) s uključenom opcijom 0 – nije potrebno. Rezultat se izražava kao srednja vrijednost svih stavki.

Najnoviji alat koji istražuje fenomen nedostatne njege je NEW – RI (The Neonatal Extent of Work Rationing Instrument). Alat je prilagođen radnom okruženju na neonatalnim odjelima u SAD-u. Do sada su provedena tek dva istraživanja koja su se koristila ovim alatom [33].

Rasprava

U literaturi je prikazano koliko je fenomen nedostatne zdravstvene njege aktualan u sestriinskim istraživanjima. Postoji nekoliko različitih pristupa i oko 20 alata koji se upotrebljavaju u mjerenju nedostatne zdravstvene njege. Problem mjerenja nedostatne zdravstvene njege tiče se i razlika u obrazovanju te kompetencijama koje medicinske sestre imaju u pojedinim zemljama. Neki se alati posebno prilagođavaju kirurškim odjelima ili se primjenjuju isključivo u kućnoj njezi. Svaki alat temelji se na procjeni njege koju medicinske sestre nisu pružile tijekom prethodnih smjena te na razlozima zbog kojih to nisu učinile. Primjetno je da su najčešće intervencije koje nisu učinjene u području emocionalnih potreba pacijenata, kao što su pružanje podrške i razgovor s pacijentom. Od intervencija koje uključuju fizičku pomoć najčešće se ne provodi okretanje pacijenta, njege usne šupljine te primjena lijeka na vrijeme. Istraživanja nedostatne njege mogu nam ukazati na područja sestriinske prakse koja se percipiraju kao manje važna. Provođenjem daljnjih istraživanja možemo dobiti uvid u to na koji je

način moguće utjecati na fenomen nedostatne zdravstvene njege i razviti strategije kojima bi se smanjila učestalost ovog fenomena.

Zaključak

Nedostatna zdravstvena njega pojam je koji u posljednje vrijeme u velikoj mjeri zaokuplja istraživače. Razvijeno je nekoliko instrumenata kojima se istražuje ovaj fenomen. Teško je dati prednost jednom instrumentu u odnosu na drugi jer su vezani za konkretnu sestrinsku praksu i ovise o kompetencijama medicinskih sestara pojedine zemlje. U Hrvatskoj se o pojmu nedostatne zdravstvene njege tek počinje raspravljati. U kontekstu navedenog, napisan je jedan završni rad na temu propuštene njege [19]. Potrebno je provoditi daljnja istraživanja da bi se ispitao fenomen nedostatne zdravstvene njege te da bi se, na temelju rezultata istraživanja, moglo utjecati na radno okruženje medicinskih sestara i sigurnost skrbi za pacijente.

Nema sukoba interesa

Authors declare no conflict of interest

Literatura

- [1] Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *Journal of the American Medical Association* 1998; 280 (11): 1000–5.
- [2] Reason J. *Achieving a safe culture: theory and practice*. 12. ed. Taylor, Manchester, 1998.
- [3] Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Admin*. 2009; 39 (5): 211–9. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5.
- [4] Recio-Saucedo A, Dall'Orca C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P. i sur. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs*. 2018; 27 (11-12): 2248–59. doi: 10.1111/jocn.14058.
- [5] Pace WD, Fagnan LJ, West DR. The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Practice-Based Research Network (PBRN) relationship: delivering on an opportunity, challenges, and future directions. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24 (5): 489–92. doi: 10.3122/jabfm.2011.05.110080.
- [6] Bragadottir H, Kalisch BJ, Tryggvadottir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *J Clin Nurs*. 2017; 26 (11-12): 1524–34. doi: 10.1111/jocn.13449.
- [7] Jones TL. A descriptive analysis of implicit rationing of nursing care: Frequency and patterns in Texas. *Nurs Econ*. 2015; 33 (3): 144–54.
- [8] Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care? *International Journal for Quality in Health Care*. 2011; 23 (3): 302–8.
- [9] Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, DeGeest S, Rafferty AM i sur. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf* 2014; 23 (2): 126–35. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002318.
- [10] Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H i sur. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2011; 20 (3): 43–53. DOI: 10.1377/hlthaff.20.3.43.
- [11] Kalisch BJ. Missed nursing care: A qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006; 21 (4): 306–13.
- [12] Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52 (6): 1121–37. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.
- [13] Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, DeGeest S. Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res* 2007; 56 (6): 416–24. DOI: 10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62.
- [14] Al-Kandari F, Thomas D. Factors contributing to nursing task incompletion as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. *J Clin Nurs* 2009; 18 (24): 3430–40. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02795.x.
- [15] Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, DeGeest S, Rafferty AM, i sur. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23 (2): 126–35. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002318.
- [16] Bail K, Grealish L. 'Failure to Maintain': A theoretical proposition for a new quality indicator of nurse care rationing for complex older people in hospital. *Int J Nurs Stud* 2016; 63: 146–61. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.001.
- [17] Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs*. 2009; 65 (11): 2299–310. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x.
- [18] Zeleníková R, Sermeus W, Papastavrou E, Gurková E, Efstathiou G. Research protocol: Cross-cultural understanding of the concept of rationed/missed/unfinished nursing care. 2017. Unpublished manuscript.
- [19] Tokić M. Ispitivanje percepcije medicinskih sestara – tehničara o propuštenoj zdravstvenoj njezi u Općoj bolnici Zadar. Završni rad. Sveučilište u Zadru, Odjel za zdravstvene studije, Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva. 2017.
- [20] Papastavrou E, Charalambous A, Vryonides S, Eleftheriou C, Merkouris A. To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. *Eur J Oncol Nurs*. 2016; 21: 48–56. DOI: 10.1177/0969733016664979
- [21] Sochalski, J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*. 2004; 42 (2 Suppl), 2: 67–73. doi: 10.1097/01.mlr.0000109127.76128.aa.
- [22] Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH., Schaffert-Witvliet B, Sloane, DM i De Geest, S. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health*. 2008; 20 (4): 227–37. doi: 10.1093/intqhc/mzn017.
- [23] Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA, Missed nursing care: errors of omission. *Nursing Outlook*. 2009; 57 (1): 3–9. doi: 10.1016/j.outlook.2008.05.007.
- [24] Cho N, Sloane DM, Kim EY, Kim S, Choi M, Yoo IY, i sur. Effects of nursing staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *Int J Nurs Studies*. 2015; 52 (2): 533–42.
- [25] Killpatrick K, Lavoie-Temblay M, Ritchie JA, Lamothe L, Doran D. Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *J Adv Nurs*. 2012; 68 (7): 1504–1515
- [26] Dubois CA, D'amour D, Tchouaket E, Clarke S, Rivard M, Blais R. Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *Int Soc Qual Health Care*. 2013; 25 (2): 110–7.
- [27] Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H. Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls. *Nurs Care Qual*. 2012; 27 (1): 6–12.
- [28] Brooks JM, Kutney-Lee A, Jarrin O, Sloane D, Aiken LH. Nurse Staffing and Postsurgical Outcomes in Black Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60 (6): 1078–84
- [29] Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, et al. Patient satisfaction as an outcome of individualized nursing care. *Scand J Caring*. 2012; 26(2): 372–80. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x
- [30] Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH, Friese CR (2011). Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual*. 2011; 26 (4): 291–99. DOI: 10.1177/1062860610395929.
- [31] Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook* 2012; 60: 32–39.
- [32] Kelly LA., McHugh MD i Aiken LH. Nurse outcomes in Magnet and non-magnet hospitals. *J Nurs Adm*. 2011; 41 (10): 428–33.
- [33] Kalankova D. et al. Application of measuring tools in the assessment of the phenomenon of rationing/missed/unfinished care. *Journal of nursing and social sciences related to health and illness*. 2019; doi: org/10.32725/kont.2018.001.
- [34] Jones TL. Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) instrument. *Nurs Forum*. 2014; 49 (2): 77–87. doi: 10.1111/nuf.12076. Epub 2014 Jan 8.