

## Model nedostatne sestrinske skrbi (B. J. Kalisch)

### Insufficient Nursing care model (B. J. Kalisch)

Marina Jurić<sup>1</sup>, Viktorija Đevenica<sup>2</sup>, Ružica Fabijanić-Bofanec<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Odjel za novorođenačku i dojenačku kirurgiju; Klinika za dječje bolesti Zagreb, Ulica Vjekoslava Klaića 16, 10 000 Zagreb, Hrvatska, marina.juric.zg@gmail.com

<sup>2</sup> Odjel za kirurgiju glave i vrata; Klinika za dječje bolesti Zagreb, Ulica Vjekoslava Klaića 16, 10 000 Zagreb, Hrvatska, viktorija.marincic@gmail.com

<sup>3</sup> Odjel za urologiju; Klinika za dječje bolesti Zagreb, Ulica Vjekoslava Klaića 16, 10 000 Zagreb, Hrvatska, ruzicapranjic92@gmail.com

#### Sažetak

**Uvod:** Model nedostatne sestrinske skrbi predstavlja relativno nov koncept koji se usmjerava na situacije u kojima je sestrinska skrb pacijentima u potpunosti izostavljena, pružena djelomično ili odgođena. Ciljevi su rada prikaz modela nedostatne sestrinske skrbi, analiza njegovih temeljnih aspekata i utvrđivanje temeljnih uzroka nedostatne sestrinske skrbi u bolnicama. Ovaj stručni rad usmjeren je na opis i definiciju modela nedostatne sestrinske skrbi te na evaluaciju modela uzimajući u obzir određene kriterije među kojima su jasnoća, jednostavnost, značaj, prikladnost, mogućnost testiranja i prihvatljivost. Uvažavanje modela nedostatne sestrinske skrbi u okviru cjelokupnog zdravstvenog sustava može imati pozitivan utjecaj na razumijevanje važnosti pružanja cjelokupne skrbi, čime bi se ostvarilo što brže ozdravljenje te smanjila patnja i bol pacijentu.

**Metode:** Prilikom izrade ovog rada, pretraživana je literatura na engleskom jeziku putem centra za online baze podataka te putem pretraživača kao što su EBSCO, Pubmed i Medline. Prilikom pretraživanja korišteni su engleski izrazi iz MeSH-a „missed care“, „patient safety“ i „nursing theory“. Za prikaz opisa modela i analizu pretraživanjem je pronađeno deset članaka.

**Rezultati:** Prikazani su temeljni elementi nedostatne sestrinske skrbi, kao i razlozi nastajanja istih. Nakon prikazivanja modela, prikazana je i evaluacija istog.

**Zaključak:** Beatrice J. Kalisch utvrdila je devet aspekata koji se u skrbi često izostavljaju te uzroke tih propusta. Uvažavanje modela nedostatne sestrinske skrbi u okviru cjelokupnog zdravstvenog sustava može imati pozitivan utjecaj na razumijevanje važnosti pružanja cjelokupne skrbi, kako bi se ostvarilo što brži oporavak te smanjila patnja i bol kod pacijenta.

**Ključne riječi:** evaluacija modela, nedostatna skrb, sigurnost pacijenta, timski rad

**Kratak naslov:** Nedostatna sestrinska skrb

#### Abstract

**Introduction:** The model of insufficient nursing care is a relatively recent term that refers to the illustration of aspects of the necessary nursing care of patients that are omitted completely, partially, or delayed. The objectives of the paper are to describe the model of insufficient nursing care, and its fundamental aspects and to describe the causes of insufficient nursing care in hospitals. This expert work is focused on the description and definition of the model of insufficient nursing care and the evaluation of the model considering certain criteria, among which are clarity, simplicity, significance, appropriateness, testability, and acceptability. Appreciation of the model of insufficient nursing care within the overall health system can have a positive impact on understanding the importance of providing overall care to achieve the fastest recovery and reduce the suffering and pain of patients.

**Methods:** During the preparation of this work, the literature in English was searched through the center for online databases and through search engines such as EBSCO, Pubmed, and Medline. When searching, the English terms from MeSH “missed care”, “patient safety”, and “nursing theory” are used. To display the model description and analysis, we found 10 articles through the search.

**Results:** The results will illustrate the basic elements of insufficient health care and the reasons for their occurrence. After the presentation of the model, the evaluation of it was presented.

**Conclusion:** Beatrice J. Kalisch's research identified nine aspects that are often neglected in the healthcare system and the causes of these omissions. Appreciation of the model of insufficient nursing care within the overall health system can have a positive impact on understanding the importance of providing overall care to achieve the fastest recovery and reduce the suffering and pain of patients.

**Keywords:** insufficient care, patient safety, teamwork, model evaluation

**Short title:** Insufficient nursing care

Primljeno / Received November 8<sup>th</sup> 2023;

Prihvaćeno / Accepted October 22<sup>nd</sup> 2024;

**Autor za korespondenciju/Corresponding author:** Marina Jurić, Odjel za novorođenačku i dojenačku kirurgiju; Klinika za dječje bolesti Zagreb, Ulica Vjekoslava Klaića 16, 10 000 Zagreb, Hrvatska, marina.juric.zg@gmail.com

#### Uvod

U današnje vrijeme, koje je obilježeno ostvarivanjem kontinuiranog napretka u području medicine i zdravstvene njege, dolazi do razvijanja brojnih promjena u sustavu sestrinske skrbi. Sestrinska skrb može se definirati kao sustav samostalnog zbrinjavanja pojedinaca bez obzira na njihovu dob i zdravstveno stanje, a primarno obuhvaća unapređi-

vanje zdravlja, sprečavanje bolesti primjenom preventivnih mjera te zbrinjavanje bolesnih, onespoboljenih ili umirućih pacijenata [1]. U okviru cjelokupnog zdravstvenog sustava, uloga medicinske sestre obuhvaća mnoge aspekte kao što je pomaganje pacijentima u uspješnoj realizaciji onih aktivnosti koje na optimalan način doprinose unapre-

divanju njihova zdravlja, pospješivanju oporavka ili mirnoj smrti. Pri tome su obveze medicinske sestre usmjerene na pacijente, članove njihovih obitelji te zajednicu u cjelini.

Područje sestrinske skrbi podložno je brojnim propustima unatoč najboljim namjerama medicinskih sestara i medicinskog osoblja. Neadekvatna organizacija rada, nedostatak oprema i nedovoljno raspoloživo osoblje može dovesti do propusta u pružanju sestrinske skrbi čijom bi se eliminacijom značajno unaprijedila kvaliteta njege i zbrinjavanja pacijenata [2].

Provedena istraživanja u području sestrinske skrbi pokazala su da organizacija rada i neefikasan timski rad u velikoj mjeri doprinose ostvarivanju propusta u sustavu pružanja skrbi. Nedostatak komunikacije, povjerenja i drugih elemenata doprinose neefikasnom timskom radu, zbog čega je neadekvatna skrb problem koji je prisutan u sustavu [2].

Budući da propusti smanjuju kvalitetu sestrinske skrbi, razvijen je model nedostatne sestrinske skrbi kojim se mogu identificirati kritična područja i time omogućiti provođenje i pravovremena implementacija mjera koje će doprinijeti eliminaciji ili barem umanjivanju propusta.

Autorica modela J. Kalisch

Beatrice J. Kalisch doktorica je sestriinstva i trenutno predaje na studiju sestriinstva u Michiganu, SAD. Autorica je 9 knjiga, 140 članaka i 900 prezentacija. Godine 2006. definirala je "Model nedostatne sestrinske skrbi" koristeći rezultate kvalitativnog istraživanja da bi tijekom procesa skrbi o pacijentima identificirala koje vrste skrbi nisu pružene. Autorica je provela brojna istraživanja koja obuhvaćaju analizu uloge medicinskih sestara, izučavanje radnog okruženja unutar bolnica, razmatranje globalnog imidža medicinskih sestara, kao i proučavanje utjecaja američkih saveznih fondova na obrazovanje i praksu u sestrinskoj skrbi, te analizu praksi zapošljavanja medicinskih sestara u bolničkim ustanovama [3].

## Pozadina

Kvalitativno istraživanje koje je provodila grupa autora predvođena Beatrice J. Kalisch 2011. godine bilo je usmjereno na analizu propusta u sestrinskoj skrbi unutar bolničkog okruženja u Sjedinjenim Američkim Državama.

Istraživanje je provedeno na 25 fokus grupa, koje su se sastojale od medicinsko-kirurškog osoblja (107 medicinskih sestara, 15 medicinskih tehničara, 51 pomoćnog osoblja) iz dviju bolnica iz SAD-a [4].

Korištenjem *Misscare* ankete utvrđivala se percepcija medicinskog osoblja o učestalosti propuštanja određenih elemenata sestrinske skrbi (*dio A*) i razlozi nedostatne sestrinske skrbi (*dio B*). Anketa je omogućila medicinskim sestrama da na Likertovoj ljestvici ocijene koliko često dolazi do propusta u pružanju skrbi, čime su dobiveni uvidi u često propuštene aspekte i moguće uzroke takve prakse.

U ovom istraživanju koristio se samo *dio A* koji se sastoji od 24 pitanja koja traže od medicinskih sestara da identificiraju koliko se često propuštaju elementi sestrinske skrbi pomoću Likertove ljestvice s četiri stupnja (od 1 – rijetko propušteno do 4 – uvijek propušteno) [5].

Prvi rezultati kvalitativnog istraživanja pokazali su da su sestrinske intervencije, temeljna skrb i planiranje skrbi izostavljene kod više od 70 % ispitanika [6].

## Najčešći elementi nedostatne sestrinske skrbi

Kvalitativnim su istraživanjem utvrđeni najčešći problemi, odnosno situacije koje se često pojavljuju u području sestrinske skrbi, uzimajući u obzir definirane čimbenike nedostatne sestrinske skrbi. Kalisch je definirala ukupno devet najčešćih elemenata propusta [1].

Kretanje s pacijentima dio je skrbi koji je često izostavljen. Razlog tomu jest nedovoljno raspoloživo vrijeme koje bi bilo potrebno da se prošee sa svakim bolesnikom. Drugi identificiran problem u sustavu sestrinske skrbi jest *promjena položaja bolesnika*. Neke od sestara koje su bile obuhvaćene fokus grupom izjavile su da često umjesto šetnje s bolesnicima, samo promijene položaj. Ali isto tako, umjesto promjene položaja svaka 2 sata, to se provodi u vremenskim razdobljima od 4, 6, 8 ili više sati [1].

Sljedeći problem koji je bio identificiran istraživanjem odnosi se na *odgođene i zanemarene obroke*. Prema medicinskim sestrama, ponekad pacijenti ne dobiju obroke u predviđeno vrijeme ili uopće ne dobiju obroke. Razlozi zbog kojih dolazi do odgode i propuštanja obroka uključuju situacije kada hrana predugo ostane na pladnjevima, postaje potrebno njezino podgrijavanje, što uzrokuje gubitak okusa, te prilike kada osoblje ukloni pladnjeve prije nego što su pacijenti završili s obrokom. Situacije u kojima pacijenti ostaju bez obroka najčešće se događaju jer ne postoji nitko da im pomogne pri hranjenju ili pri postavljanju u uspravan položaj za jelo.

Sljedeće područje nedostatne zdravstvene skrbi, kako navode medicinske sestre, izostanak je *edukacije pacijenata*. U želji da sve obveze budu izvršene na vrijeme i na optimalan način, edukacija pacijenata često izostaje. Nedostatak edukacije o načinu uzimanja lijekova često ima negativne posljedice po zdravlje u obliku srčanog ili moždanog udara ili drugih zdravstvenih tegoba.

*Planirano otpuštanje* predstavlja područje nedostatne sestrinske skrbi jer se pisanjem otpusnih pisama bavi administrativno osoblje. Prema medicinskim sestrama koje su bile sudionice fokus grupa, administratori i pomoćnici najčešće nisu upoznati sa svim detaljima otpuštanja pacijenata te pripremama za njihov otpust iz bolnice. Sestre često nemaju potpune informacije o tome jesu li izvršene sve pripreme za otpust pacijenata i jesu li iste izvršene na prikladan i učinkovit način. Osim već navedenog, često izostaje emotivna potpora.

*Emotivna potpora* čimbenik je skrbi koji je iznimno značajan pacijentima, jednako kao i njihovim obiteljima. Uslijed brojnih obveza, medicinske sestre često nemaju dovoljno raspoloživog vremena za pacijente i njihove obitelji, međutim, ponekad se upuštanjem u razgovor, sestre dovode u situacije iz kojih je teško izaći, što može potencijalno uzrokovati situaciju da određene potrebe drugih pacijenata nisu zadovoljene. Osim toga, odlazak od pacijenta usred razgovora može uzrokovati osjećaj nevažnosti. Međutim, izosta-

nak emotivne potrebe najčešće je uzrokovan nedostatkom vremena.

U bolnicama je često zapostavljano *higijene* što predstavlja sljedeći element modela nedostatne sestrinske skrbi. Tijekom kvalitativnog istraživanja neke su sestre izjavile da se nerijetko pojavljuju situacije u kojima pacijenti nisu okupani dva ili tri dana, ali često im ni posteljina nije mijenjana. Takve situacije mogu rezultirati nezadovoljstvom pacijenata [1].

Ponekad se pojavljuje nedostatna *dokumentacija*. Naime, u modelu se ističe nedostatak dokumentiranih podataka vezanih primarno za unos hrane i pića, ali i praćenje defekacije. Takve situacije, u kojima pacijenti ostaju bez obroka, često proizlaze iz prakse uklanjanja pladnjeva s jelom prije nego što se evidentira što je pacijent konzumirao, kao i u trenucima kad pacijenti trebaju otići na toalet, a medicinske sestre nisu prisutne da im pruže potrebnu pomoć.

Problemi s *nadzorom* ponekad se javljaju uslijed nedostatne organizacije rada. Naime, medicinske sestre u istraživanju, nadzor su ocijenile neodgovarajućim, posebice ako su zaokupljene obvezama unutar nekoliko različitih odjela, što dovodi do dužih vremenskih razdoblja unutar kojih pacijenti nisu provjereni [1].

## Razlozi nedostatne sestrinske skrbi

Osim identifikacije elemenata propusta u domeni zdravstvene njege, cilj kvalitativnog istraživanja Beatrice J. Kalisch usmjeren je na identifikaciju razloga pojave propusta u sestrinskoj skrbi. Rezultati istraživanja pokazali su određene razloge pojave identificiranih propusta u sestrinskoj skrbi [7].

Najčešći razlog pojave propusta u sestrinskoj skrbi jest *nedovoljno raspoloživo osoblje*, odnosno nedovoljan omjer medicinskih sestara u odnosu na ukupan broj pacijenata. Osim nedovoljnog broja medicinskih sestara, problemi se javljaju uslijed godišnjih odmora te bolovanja, pri čemu se ukupan broj raspoloživih medicinskih sestara dodatno smanjuje. Nedostatak medicinskih sestara posebice je vidljiv u situacijama kad se javljaju pacijenti koji boluju od teških bolesti, odnosno oni koji zahtijevaju više skrbi uslijed čega dolazi do propusta.

*Vrijeme reakcije medicinskih sestara* primarno ovisi o prioritetu nastale situacije, ali i prioritetu ostalih članova medicinskog tima.

Medicinske su sestre u istraživanju izjavile da se mnogi aspekti njege ne izvršavaju na prikladan i kvalitetan način, posebice ako ti aspekti njege oduzimaju previše vremena, primjerice, provođenje vremena u šetnji s pacijentima, edukacija pacijenata o načinima i količini uzimanja lijekova, provođenje potrebnih provjera prije otpusta, pružanje emotivne podrške i provođenje higijene.

*Sindrom „To nije moj posao“* nastaje prenošenjem vlastitih obveza medicinskih sestara na pomoćno osoblje ili preusmjeravanjem izvršavanja određenih aktivnosti koje bi one same realizirale na kvalitetan način. Time su obuhvaćene situacije u kojima pacijenti zatraže uslugu od medicinskih sestara koje su u prostoriji s njima, a one umjesto da im po-

mognu, odmah traže pomoćno osoblje. Tako se povećava čekanje pacijenata i smanjuje se kvaliteta zdravstvene njege te povećava nezadovoljstvo pacijenata [3].

Ponekad zbog žurbe medicinske sestre dolazi do izostavljanja određenih čimbenika skrbi, međutim, uzastopno izostavljanje tih čimbenika nerijetko postaje *navika*. Navika, u konačnici, doprinosi potpunom izbacivanju tog elementa skrbi.

Sljedeći razlog pojave propusta u sestrinskoj skrbi jest *poricanje*. Poricanje se javlja kad se postavlja pitanje o obavljenoj skrbi. Naime, medicinske sestre često delegiraju određene zadatke i obveze pomoćnom osoblju, ali pritom najčešće izostane potrebna kontrola obavljanja tih aktivnosti na odgovarajući i prikladan način. Najčešće se pretpostavlja da je sve učinjeno.

Pri pružanju sestrinske skrbi vrlo su važan čimbenik raspoloživi *materijalni resursi* koji značajno utječu na medicinske sestre i njihovu sposobnost da pruže odgovarajuću skrb i potporu.

Prilikom razmatranja resursa u obliku rada, u obzir se uzima broj raspoloživih medicinskih sestara i drugog medicinskog osoblja, jednako kao i razina njihova obrazovanja, iskustva te usvojene vještine. Materijalni resursi obuhvaćaju lijekove i potrebnu opremu koji utječu na sposobnost medicinskih sestara u pružanju adekvatne skrbi.

## Konceptualni okvir

Kalisch i Lee [2] proveli su istraživanje o utjecaju timske rada na nedostatnu sestrinsku skrb, iz čega je proizašao konceptualni okvir (Slika 1.) koji se sastoji od tri glavna dijela:

1. struktura (bolnica, bolesnički odjeli i individualne karakteristike zdravstvenih djelatnika);
2. proces zdravstvene njege (nedostatna skrb);
3. koncept ishoda za pacijente (npr. moguće ozljede i padovi pacijenata) i medicinskog osoblja (zadovoljstvo trenutnim poslom i pozicijom).

Ovim je konceptima prikazana povezanost bolesničkih odjela i njihovog osoblja s konačnim ishodima pacijenata, što uključuje smrtnost, infekcije i padove [6].

Struktura – prva dimenzija, bavi se organizacijskim aspektima zdravstvene ustanove, uključujući samu bolnicu, njezine odjele i individualne karakteristike zdravstvenih djelatnika koji tamo rade. Ova komponenta služi kao temelj za radno okruženje u kojem zdravstveni djelatnici stupaju u interakciju s pacijentima, što omogućava pružanje skrbi.

Druga dimenzija odnosi se na proces sestrinske skrbi s posebnim osvrtom na situacije nedostatne skrbi. Ovo područje uključuje razmatranje načina pružanja skrbi, identificirajući one čimbenike u kojima skrb izostaje ili ne ispunjava zadane standarde, čime se istražuju problematična područja unutar sustava sestrinske skrbi.

Treća dimenzija usmjerava se na posljedice koje struktura i procesi sestrinske skrbi imaju na pacijente i medicinsko osoblje. U kontekstu pacijenata, razmatraju se ishodi kao što su mogućnost ozljeda, padova ili infekcija, dok se za medicinsko osoblje promatra zadovoljstvo njihovim

trenutnim radnim mjestom i pozicijom. Zadovoljstvo osoblja izravno utječe na kvalitetu pružene skrbi, što, zauzvrat, utječe na sigurnost i dobrobit pacijenata.

Ove tri dimenzije zajedno pružaju sveobuhvatan pregled dinamike unutar bolničke okoline, ističući važnost svake komponente i njezin utjecaj na konačne ishode za pacijente i zdravstvene djelatnike. Promjene u bilo kojem od ovih područja mogu imati značajan utjecaj na sveukupnu kvalitetu i sigurnost sestrinske skrbi, čime se ističe važnost kontinuiranog nadzora i poboljšanja u svim područjima zdravstvenog sustava.

Karakteristike osoblja (Slika 1.) potencijalno utječu na propuste u sestrinskoj skrbi, stoga su kontrolirane ovim modelom. Cilj istraživanja bio je ispitati utjecaje timskog rada na nedostatnu sestrinsku skrb i ustanoviti koje su razlike u timskom radu između različitih odjela, uzimajući u obzir razinu obrazovanja i različite karakteristike osoblja (demografske razlike, dob, spol, iskustvo).

Da bi se utvrdilo koliko timski rad utječe na nedostatnu sestrinsku skrb, Beatrice J. Kalisch tijekom svojeg istraživanja koristila je konceptualni okvir po modelu Salasa, Simsa i Burkea [7] jer nudi praktična, mjerljiva i jednostavna objašnjenja timskog rada. Taj konceptualni okvir sastoji se od pet temeljnih komponenta i tri funkcije koordinacije.

Temeljne komponente su: vođenje tima (struktura, smjer i podrška od formalnog vođe i/ili drugih članova tima), orijentacija tima (pojedinci smatraju uspjeh tima važnijim od dostignuća pojedinca), uzajamno praćenje rada (opažanje i svijest članova tima), potpora (pomaganje ostalim članovima tima kad im je potrebna pomoć) i prilagodljivost (spособnost da se promijeni pristup ako dođe do promjene u okolini) [7].

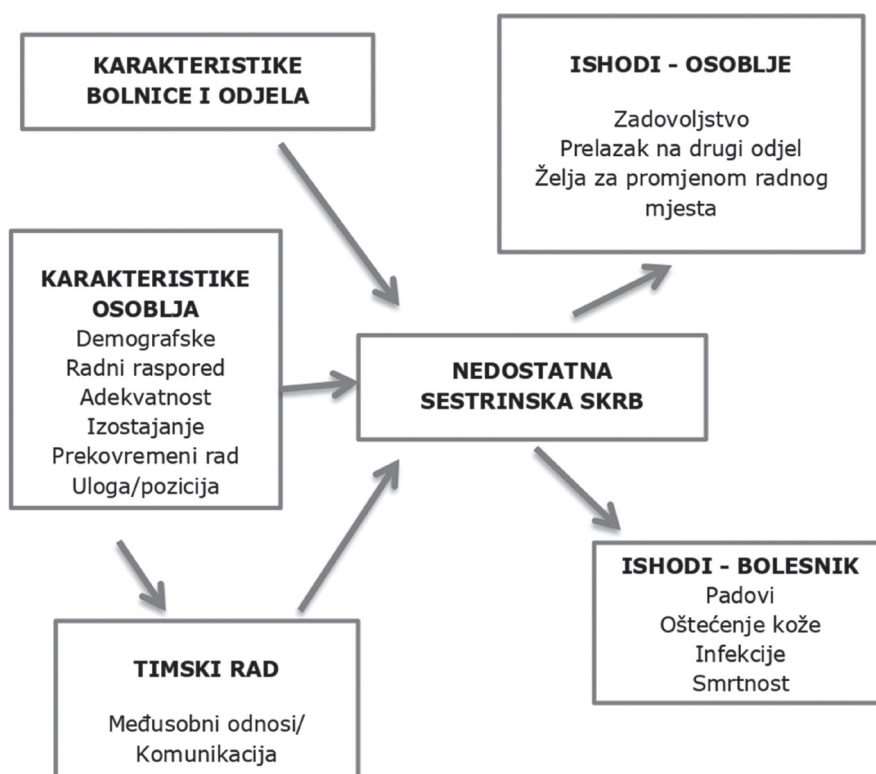
Tri su mehanizma koordinacije: zajednički misaoni model (zajednička konceptualizacija o tome što treba učiniti, tko treba što učiniti i koji su procesi i strategije potrebni da bi se završio posao), komunikacija tipa „zatvorene petlje“ (aktivna izmjena informacija gdje primatelj potvrđuje primitak informacije, a pošiljatelj potvrđuje da je primljena željena poruka) i zajedničko povjerenje (članovi tima poduzimat će akcije kako bi postigli međuovisne ciljeve i ponašati se u skladu s interesima tima) [7].

Rezultati istraživanja pokazali su da se timski rad značajno razlikovao s obzirom na tip odjela. Jedinice intenzivnog liječenja imale su bolju ocjenu timskog rada u odnosu na ostale odjele. Utvrđena je povezanost između nedostatne zdravstvene njege i ukupne ocjene timskog rada. Također, zdravstvena njega bila je značajno povezana sa sljedećim faktorima: povjerenjem, orijentacijom tima, potporom, zajedničkim mentalnim modelom i vodstvom tima. Nije potvrđen utjecaj dobi, punog radnog vremena, tipa odjela i broja prekovremenih sati na nedostatnu zdravstvenu njegu [8].

Timski rad utjecao je na nedostatnu zdravstvenu njegu u ukupnom udjelu od 11 %, što odgovara srednjoj jačini efekta [5]. Manje propusta prilikom provođenja zdravstvene njege evidentirano je kod medicinskih sestara s višim stupnjem obrazovanja i kod osoba koje su na trenutnom radnom mjestu zaposlene više od pet godina. Što je ocjena timskog rada bila bolja, evidentirano je manje propusta u zdravstvenoj njezi [9].

## Evaluacija modela

Različiti evaluacijski kriteriji odabiru se ovisno o specifičnom cilju, kontekstu primjene i ključnim čimbenicima ko-



SLIKA 1. Model nedostatne sestrinske skrbi [2]

ji definiraju uspjeh modela ili intervencije. Kombiniranjem više kriterija moguće je dobiti sveobuhvatnu sliku vrijednosti, učinkovitosti i mogućnosti implementacije bilo kojeg modela. Kako bi se provela evaluacija, u obzir su uzeti određeni kriteriji kojima su obuhvaćeni, a to su jasnoća, jednostavnost, važnost, adekvatnost, mogućnost testiranja te prihvatljivost [10]. Navedeni su kriteriji izabrani jer pružaju cjelovit okvir za ocjenu modela s više dimenzija – od teorijske osnove do praktične primjenjivosti. Njihova primjena omogućuje detaljnu evaluaciju modela s obzirom na njegovu sposobnost da unaprijedi praksu sestrinske skrbi, čineći ga relevantnim alatom za poticanje promjena u sustavu.

Jasnoća modela nedostatne zdravstvene skrbi manifestira se u samoj razumljivosti koncepta modela. Model nedostatne zdravstvene njege predstavljen je na razumljiv način te iznosi konkretne aspekte nedostatne zdravstvene njege. Model nedostatne zdravstvene njege dobio je na važnosti u posljednjem desetljeću.

Njegova važnost jest u identifikaciji područja zdravstvene njege na koje je potrebno obratiti posebnu pažnju da bi se podigla sveukupna kvaliteta sustava pružanja zdravstvene skrbi. Model se može primjenjivati u praksi, posebice kod onih koji zbog bolesti duže vrijeme borave u bolnici. Adekvatnost, odnosno prikladnost modela, vidi se u činjenici da je model moguće primjenjivati u okolini za koju je namijenjen, dakle, u zdravstvenom sustavu. Može se upotrebljavati u različitim kulturama te je njegova primjena u praksi pojednostavljena povezanošću i uzročno – posljedičnim odnosima.

U novim zdravstvenim uslugama kasnog dvadesetog i ranog dvadeset i prvog stoljeća, profesionalci medicinske struke morat će pokazati da imaju utjecaj na zdravstveno stanje nacije. Moraju se usmjeriti na to da budu što učinkovitiji jer je to preduvjet pružanja visokokvalitetne usluge [10].

## Literatura

- [1] Kalisch BJ, 2006. Missed Nursing care: A Qualitative Study. *J Nurs Care Qual.* 2006; 21 (4): 306–313. doi: 10.1097/00001786-200610000-00006.
- [2] Kalisch BJ, Lee KH, 2010. The impact of teamwork on missed nursing care. *Nurs Outlook.* 2010; 58: 233–241. doi: 10.1016/j.outlook.2010.06.004.
- [3] Kalisch BJ. CV. School of Nursing. University of Michigan. Dostupno na: <http://nursing.umich.edu/> Pristupljeno 2. 11. 2021.
- [4] Siqueira LDC, Larcher Caliri MH, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS, 2017. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey-A tool to assess missed nursing care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017; 25: e2975. doi: 10.1590/1518-8345.2354.2975.
- [5] Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH, 2011. Do staffing levels predict missed nursing care? *International Journal for Quality in Health Care.* 2011; 23 (3): 302–308. doi: 10.1093/intqhc/mzr009.
- [6] Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR, 2011. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual.* 2011; 26 (4): 291–9. doi: 10.1177/1062860610395929.
- [7] Salas E, Sims DE, Burke S, 2005. Is there a “big five” in teamwork? University of Central Florida. Small group research. 2005; 36 (5): 555–599. doi: 10.1177/1046496405277134.
- [8] Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS, 2009. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2009; 65 (7): 1509–17. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x.
- [9] Kalisch BJ, 2009. Nurse and Nurse Assistant Perceptions of Missed Nursing Care. *J Nurs Adm.* 2009; 39 (11): 485–493. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181bd61ac.
- [10] H. McKenna, *Nursing Theories and Models*, Routledge, London, 1997.

## Zaključak

Nedostatna sestrinska skrb nije izoliran, nego rasprostranjen i univerzalan problem. Provedena istraživanja u ovom području mogu poslužiti kao motivacija budućim istraživanjima s ciljem razvijanja intervencija koje će doprinijeti potpunijoj i kvalitetnijoj skrbi pacijenata, posebice onih u najvećoj opasnosti. Korištenjem ovog modela u praksi omogućit će se istraživačima da dodatno prouče utjecaj nedostatne sestrinske skrbi na ishode u skrbi pacijenata (padove, bolničke infekcije, oštećenje kože, infekcije), kao i uvid u profesionalne (organizacijske) varijable (npr. izmjena osoblja, postotak slobodnih sati, izostanci, timski rad). Osim intervencija kojima će se nastojati izbjeći propusti u pružanju skrbi, model može poslužiti za oblikovanje intervencija kojima će se minimizirati negativni čimbenici tih propusta ako se dogode. Model nedostatne skrbi nudi priliku ocijeniti elemente radnog okruženja (npr. osoblje, prostorno uređenje, radne smjene, timski rad i sl.), kao i individualne sestrinske sposobnosti (delegacija, kritičko razmišljanje, predanost, profesionalnost) u svrhu proučavanja utjecaja na kvalitetu sestrinske skrbi.

Usvajanjem modela, kod medicinskog osoblja može doći do pozitivnih promjena u stavovima i vrijednostima, čime se opetovano doprinosi kvalitetnijoj skrbi i pozitivnom radnom okruženju.

## Authors declare no conflict of interest.

## Nema sukoba interesa.