

Prezentizam i apsentizam zdravstvenih djelatnika i kultura sigurnosti bolesnika

Brborović, Hana

Doctoral thesis / Disertacija

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:729102>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-09**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Hana Brborović

**Prezentizam i apsentizam
zdravstvenih djelatnika i kultura
sigurnosti bolesnika**

DISERTACIJA



Zagreb, 2015.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Hana Brborović

**Prezentizam i apsentizam
zdravstvenih djelatnika i kultura
sigurnosti bolesnika**

DISERTACIJA

Zagreb, 2015.

Disertacija je izrađena na Katedri za zdravstvenu ekologiju i medicinu rada, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, u okvir projekta Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa: Zdravlje na radu i zdravi okoliš, br. 108-1080316- 0300.

Voditelj rada: prof. dr. sc. Jadranka Mustajbegović

Zahvaljujem se svim sudionicima istraživanja. Zahvaljujem se prof. dr. sc. Jadranki Mustajbegović na podršci i pomoći. Hvala svim prijateljima i učiteljima. Hvala Ogiju što me svakog dana čekao pun stol.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. PREZENTIZAM	3
1.1.1 PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI	4
1.1.2 POSLJEDICE PREZENTIZMA.....	5
1.2. APSENTIZAM.....	5
1.2.1. IZOSTANCI S POSLA ZBOG BOLOVANJA.....	7
1.2.2. POSLJEDICE APSENTIZMA	8
1.2.3. ISTRAŽIVANJA I PODACI O APSENTIZMU U REPUBLICI HRVATSKOJ....	8
1.3. KULTURA BOLESNIKOVE SIGURNOSTI	10
1.3.1. BOLESNIKOVA SIGURNOST.....	11
1.3.2. BOLESNIKOVA SIGURNOST U REPUBLICI HRVATSKOJ.....	13
1.4. DJELATNOST ZDRAVSTVA I ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	16
1.4.1. PREZENTIZAM U ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA	17
1.4.2. APSENTIZAM U ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA.....	17
1.4.3. ZDRAVSTVENI DJELATNICI U REPUBLICI HRVATSKOJ.....	20
1.5. SVRHA RADA	23
2. HIPOTEZA	24
3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	24
4. ISPITANICI I METODE	25
4.1. ISPITANICI.....	26
4.2. ETIČKE DOPUSNICE.....	26
4.3. UPITNICI U ISTRAŽIVANJU.....	27
4.3.1. KRATKI OBLIK STANFORDSKE LJESTVICE ZA MJERENJE PREZENTIZMA (SPS-6).....	27
4.3.2. KRATKI OBLIK LJESTVICE SVJETKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA MJERENJE ZDRAVLJA I RADNE UČINKOVITOSTI.....	28
4.3.3. BOLNIČKO ISTRAŽIVANJE O KULTURI BOLESNIKOVE SIGURNOSTI... 29	
4.4. VARIJABLE U ISTRAŽIVANJU	35
4.4.1. KRATKI OBLIK STANFORDSKE LJESTVICE ZA MJERENJE PREZENTIZMA (SPS-6)	35
4.4.2. KRATKI OBLIK LJESTVICE SVJETKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA MJERENJE ZDRAVLJA I RADNE UČINKOVITOSTI (<i>WHO HPQ</i>).....	36

4.4.3. BOLNIČKO ISTRAŽIVANJE O KULTURI BOLESNIKOVE SIGURNOSTI (HSOPSC).....	37
4.5. STATISTIČKA ANALIZA.....	38
5. REZULTATI.....	39
5.1. OBILJEŽJA ISPITANIKA.....	39
5.2 UČESTALOST PREZENTIZMA I APSENTIZMA U ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA.....	50
5.2.1. PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI	50
5.2.2. PREZENTIZAM I APSENTIZAM	53
5.3. KULTURA BOLESNIKOVE SIGURNOSTI	57
5.3.1. ANALIZA KULTURE BOLESNIKOVE SIGURNOSTI UNUTAR BOLNICA. 59	
5.3.2. ANALIZA KULTURE BOLESNIKOVE SIGURNOSTI IZMEĐU BOLNICA .. 62	
5.4. ODNOS PREZENTIZMA I APSENTIZMA S KULTUROM BOLESNIKOVE SIGURNOSTI U BOLNIČKOJ SKRBI.....	69
5.5. MOGUĆNOSTI PREVENCIJE PREZENTIZMA I APSENTIZMA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA ZAPOSLENIH U BOLNICAMA.....	79
6. RASPRAVA.....	82
6.1. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA.....	97
7. ZAKLJUČAK	100
8. SAŽETAK.....	104
9.SUMMARY	105
10. POPIS LITERATURE	106
11.PRILOZI.....	113
Prilog 1.Obavijest ispitanicima o istraživanju.....	114
Prilog 2. Kratki oblik stanfordske ljestvice za mjerenje prezentizma [engl. <i>Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)</i>]	115
Prilog 3. Kratki oblik ljestvice Svjetske zdravstvene organizacije za mjerenje zdravlja i radne učinkovitosti [engl. <i>World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (WHO HPQ)</i>],.....	117
Prilog 4. Bolničko istraživanje o kulturi bolesnikove sigurnosti [engl. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)].....	118
ŽIVOTOPIS	123

POPIS OZNAKA I KRATICA

engl. – engleski

HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, Bolničko istraživanje o kulturi bolesnikove sigurnosti

HZZO - Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

IQR – *interquartile range*, interkvartilni raspon

ITM – indeks tjelesne mase

KBC – klinički bolnički centar

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

npr. - na primjer

OŽB – opća županijska bolnica

PSS-10 - *Perceived stress scale*, Upitnik o doživljaju stresa

SAD – Sjedinjene Američke Države

SPS-6 *Stanford Presenteeism Scale*, Stanfordska ljestvica za mjerenje prezentizma

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

WHO HPQ - *World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire short form*, Kratki oblik ljestvice Svjetske zdravstvene organizacije za mjerenje zdravlja i radne učinkovitosti

POJMOVNIK

Prezentizam – pojava kad zaposlenici dođu na posao, ali iz različitih razloga ne rade svoj posao na odgovarajući način, čime doprinose smanjenom učinku i/ili smanjenoj kvaliteti rada (engl. *presenteeism*).

Prezentizam zbog bolesti - pojava kada zaposlenici nisu u mogućnosti svoj posao raditi na odgovarajući način zbog svojih zdravstvenih tegoba čime doprinose smanjenom učinku i/ili smanjenoj kvaliteti rada (engl. *sickness presenteesim*)

Apsentizam - svaki izostanak s posla; može biti uzrokovan bolešću zaposlenika ili nekim drugim razlozima (engl. *absenteeism*)

Kultura bolesnikove sigurnosti – sustav vrijednosti koji je rezultat individualnih i grupnih vrijednosti, percepcije, kompetencije, obrazaca ponašanja i stavova prema zdravlju i sigurnosti u određenoj zdravstvenoj organizaciji („kod nas se tako radi“), (engl. *patient safety culture*)

Bolesnikova sigurnost - izbjegavanje i sprečavanje oštećenja ili neželjenih događaja proizašlih iz procesa zdravstvene skrbi (engl. *patient safety*)

Neželjeni događaj - je događaj koji uključuje sve za bolesnika štetne ili potencijalno štetne učinke (engl. *adverse event*)

1. UVOD

Kultura čini važnu podrazinu ovog istraživanja koja je zajednička svim pojmovima kojima se ovo istraživanje bavi (prezentizam, apsentizam i kultura bolesnikove sigurnosti) (1). Kulturu čine naši stavovi, mišljenja, obrasci ponašanja i sustavi vrijednosti pa se može reći da je duboko usađena i u pojedincima i u radnoj organizaciji (npr. odjelu) pa čak i toliko da ima svoju važnost u, primjerice, provođenju zacrtane strategije. To je „onako kako se to radi kod nas (engl. *the way we do things around here*) (2). I prezentizam i apsentizam dio su kulture na radnom mjestu koju se može nazvati kultura rada i kultura zdravlja. Naime, često je tanka granica između odluke hoće li zaposlenik doći na posao ili ne (posebice ako se radi o bolesti) te je kultura rada na radnom mjestu upravo jedan od odlučujućih čimbenika (koliko se „smije“ izostajati odnosno koliko se „tolerira“ ništa ili malo raditi na radnom mjestu) (3-6). Kultura zdravlja na radnom mjestu utječe na odluku hoće li pojedinac doći bolestan raditi (bez obzira radi li se o akutnoj ili kroničnoj bolesti) (3). Kultura također utječe na naš odnos i način rada prema bolesnikovoj sigurnosti (kultura bolesnikve sigurnosti). Kulturu bolesnikove sigurnosti može se smatrati nužnim preduvjetom za bolesnikovu sigurnost (7). Budući da sve navedene vrste kultura na radnom mjestu utječu na rad zdravstvenih djelatnika i na ishode njihovog rada, ovo istraživanje će ispitati jesu li i kako su prezentizam, apsentizam i kultura bolesnikove sigurnosti povezani.

Prezentizam je pojava kad zaposlenici dođu na posao, ali ne rade na odgovarajući način (zaposlen, a neuposlen) (8, 9). Kada zaposlenici nisu u mogućnosti raditi na odgovarajući način zbog svog zdravlja, pojava se naziva *prezentizam zbog bolesti* (10). *Prezentizam zbog bolesti* predstavlja mjeru koliko zdravstveni simptomi, stanja i bolesti imaju negativan učinak na produktivnost te na taj način predstavljaju financijsko opterećenje sustavu (10, 11). Prezentizam je suprotnost apsentizmu: dok prezentizam prestavlja pristutnost na poslu zaposlenika koji nije u mogućnosti potpuno funkcionirati, apsentizam je svaki izostanak s posla (12, 13). Prezentizam se odnosi i na očekivanja poslodavaca da zaposlenik mora biti na radnom mjestu bez obzira na opseg posla (14). Prezentizam predstavlja financijsko opterećenje sustavu (11). Procjenjuje se da je prezentizam za poslodavce 2,5 puta skuplji od apsentizma (15). Iako su prezentizam i apsentizam dva suprotna pojma, imaju vrlo sličan negativni utjecaj na poslovna postignuća (14).

Apsentizam može biti uzrokovan bolešću ili nekim drugim razlozima. Kada uzrok apsentizmu nije bolest, smatra se pokazateljem lošeg izvršavanja radnih obaveza pojedinca i često pokazuje da je zaposlenik nezadovoljan uvjetima rada (16, 17). U većini je zemalja vrlo teško razlikovati voljni apsentizam od bolovanja (nevoljnog) jer se izostanak s posla vrlo često evidentira i opravdava bolovanjem (11). Mjeri se brojem izostanaka, duljinom i troškom izostanaka te utjecajem apsentizma na radnu učinkovitost (13, 17). Apsentizam nosi znatan gubitak financija poslodavcima i državi te znatan broj izgubljenih radnih sati. Ostalim zaposlenicima, onima koji ostanu na poslu, predstavlja dodatno radno opterećenje, što za posljedicu ima stres te uzrokuje pad morala i motivacije jer moraju nadoknaditi radne zadaće za suradnike koji izostaju (17). Tradicionalno se smatrao ekonomskim problemom, odnosno problemom menadžmenta, no danas se apsentizam smatra pokazateljem psihološke, medicinske ili sociološke prilagodbe poslu (16).

Kultura bolesnikove sigurnosti ključna je komponenta kvalitete zdravstvene skrbi. Rezultat je individualnih i grupnih vrijednosti, stavova, percepcija, kompetentnosti i obrazaca ponašanja, a iznimno je važna za upravljanje zdravljem i sigurnošću u zdravstvenoj organizaciji (18). Stvaranje ozračja ili kulture bolesnikove sigurnosti u zdravstvenim organizacijama među zdravstvenim djelatnicima svih profila, kao i svih zaposlenih u djelatnosti zdravstvene skrbi, od presudne je važnosti za poboljšanje sigurnosti bolesnika (19).

1.1. PREZENTIZAM

Prezentizam je složen pojam kojeg nije moguće jednoznačno definirati. Ne čudi stoga što su se definicije i istraživanja o prezentizmu podijelili u nekoliko smjerova. Prezentizam, kao i apsentizam, najprije su bili tema ekonomskih istraživanja, ali su u novije vrijeme tema bihevioralnih i medicinskih istraživanja jer je to problematika koja je sveprisutna u radnoj populaciji.

Kao grubu podjelu, literatura opisuje prezentizam (zaposlenici dođu na posao, ali ne rade na odgovarajući način) (8) i prezentizam zbog bolesti (smanjena radna produktivnost zbog zdravstvenog razloga) (20). Razlozi prezentizma mogu biti različiti, poput druženja s kolegama s posla, „surfanje“ na internetu, privatnog dopisivanja e-mailom ili sms-om, obavljanje privatnih poziva i privatnih poslova izvan ureda, ali i očekivanja poslodavca da zaposlenik mora biti na radnom mjestu bez obzira na opseg posla (14, 21, 22). Ovom podjelom se vode i ekonomska istraživanja koja opis *prezentizma zbog bolesti* dopunjuju definicijom da je prezentizam smanjena radna produktivnost zbog zdravstvenog razloga ili zbog drugih razloga koji odvrćaju pojedinca od ostvarivanja punog radnog kapaciteta (23). Fokus istraživanja prezentizma u ekonomiji su troškovi prezentizma i radna produktivnost (15, 24, 25).

Bihevioralne, odnosno sociološke, definicije ne rade grubu podjelu između prezentizma i *prezentizma zbog bolesti* nego ih zapravo inkorporiraju. Primjerice, kad osoba ide na posao (zdrava ili bolesna) unatoč tome proživljava događaje koji bi inače povećali apsentizam (npr. briga za bolesno dijete kod kuće) (3, 26). Ovim objašnjenjima prezentizam zapravo dobiva i pozitivan prizvuk jer opisuje dodatan trud i angažman pojedinca. Prezentizam se može odnositi i na pojavu kada osoba radi povećan broj sati (prije ili poslije radnog vremena), čak i kad se ne osjeća dobro (25, 27, 28).

Istraživanja u medicini se pretežito bave zdravstvenim problemima vezanim uz prezentizam s jedne strane, a s druge strane sa smanjenom radnom produktivnošću (kao mjerom prezentizma) (5, 6, 8, 11, 29-37).

1.1.1 PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI

Prezentizam zbog bolesti, može se definirati i kao prisutnost zaposlenika na poslu, ali zaposlenik nije u mogućnosti potpuno funkcionirati zbog nekog zdravstvenog razloga (20, 22). Uzrok mogu biti akutne i kronične bolesti. Zdravstveni problemi nisu toliko izraženi da bi doveli do izostanka s posla, odnosno apsentizma. Ono što je zajedničko za prezentiste (zbog bolesti) je :

1. umorni su i bolesni
2. imaju nižu razinu radnog morala
3. imaju loše mišljenje o svojem poslu
4. pridonose smanjenju produktivnosti na radnom mjestu i imaju nižu kvalitetu rada (8, 38, 39)

Prezentizam zbog bolesti je prvi put opisan 1950-ih godina kao posljedica kulture rukovođenja. Tada se smatralo plemenitim doći na posao bolestan. Danas se smatra lošim, jer se tako smanjuju ishodi rezultata rada i radna produktivnost (i šire zarazne bolesti, ukoliko se radi o njima) (40). *Prezentizam zbog bolesti* u djelatnosti zdravstva predstavlja veliki problem zbog moguće zaraze svih osoba s kojima oboljeli dolazi u kontakt: suradnici i bolesnici (41). Rezultati istraživanja provedenog u Danskoj pokazali su da od 12 935 nasumično odabranih ispitanika, čak 70% njih odgovorilo je da su u posljednjih godinu dana barem jednom došli na posao bolesni (42).

Prezentizam (zbog bolesti) i apsentizam često su međusobno povezani (43). Primjerice, kada zaposlenik dolazi raditi bolestan te na taj način ne može ozdraviti, neminovno je da će s pogoršanjem bolesti doći trenutak kada će morati otići na bolovanje. S druge strane, postoje zaposlenici koji odu na bolovanje, ali ne odboluju do kraja i počnu raditi bolesni nakon bolovanja. Ovdje je vrlo važno napomenuti da je, prema drugom izvoru, također opisano su to često ljudi koji su odani poslu te se prezentizam može percipirati u nazovimo ga, pozitivnom svjetlu, iako posljedice mogu biti negativne (16). Naravno, postoje i zaposlenici koji si ne mogu „dozvoliti“ ili „priuštiti“ bolovanje pa zato ne mogu biti na bolovanju koliko bi inače mogli biti. I na prezentizam i na apsentizam snažno utječu prethodna ili sadašnja bolovanja (i kratkotrajna i dugotrajna) te ostale vrste apsentizma (6).

1.1.2 POSLJEDICE PREZENTIZMA

Posljedice prezentizma i *prezentizma zbog bolesti* mogu se zaključno opisati u nekoliko pojmova, no njihov utjecaj na zaposlenika i na radnu organizaciju potencijalno bi mogao biti puno širi. Ukratko, mogu se sumirati na ekonomske i na zdravstvene.

Važna posljedica prezentizma je **smanjena produktivnost i snižena kvaliteta rada te povećani troškovi** (36). Zaposlenici koji dolaze raditi „kad se ne osjećaju dobro“ mogu „koštati“ poslodavca puno skuplje u smislu izgubljene produktivnosti nego što poslodavca koštaju troškovi bolovanja, mirovinskog osiguranja i drugih doprinosa (44). Rezultati istraživanja pokazuju da u nekim strukama, prezentizam odnosi više izgubljenog radnog vremena od apsentizma (11, 45, 46). Procijenjeno je da su troškovi prezentizma u Sjedinjenim Američkim Državama do 250 milijardi američkih dolara godišnje i da taj iznos raste (47). Procijenjeni su troškovi prezentizma po zaposleniku godišnje, u Sjedinjenim Američkim Državama odnose se na:

- hipertenziju - oko 392 američkih dolara
- bolesti srca - 368 američkih dolara
- problemi mentalnog zdravlja - 348 američkih dolara
- artritis - 327 američkih dolara
- alergije - 271 američkih dolara (44).

Dugotrajni prezentizam zbog bolesti može dovesti do **ozbiljnih zdravstvenih problema zaposlenika u budućnosti i do posljedičnog apsentizma**, jer je dokazano da ima značajnu prediktivnu vrijednost za buduće izostajanje s posla (11, 22, 48, 49).

1.2. APSENTIZAM

Iako definicija zvuči jednostavno: *apsentizam je svaki nedolazak na posao*, opis i prepoznavanje apsentizma zapravo su kompleksni (13). Slično kao i kod prezentizma, apsentizam uzrokuju akutne i kronične bolesti, kao i niz čimbenika koji se često i međusobno

preklapaju, poput: radnog okruženja, individualnih značajki zaposlenika i socioekonomskih čimbenika (50).

Postoji nekoliko podjela. Može se podijeliti na: **voljni** (pojedinaac odluči ne doći na posao, često zlorabeći bolovanje) i **nevoljni** (pojedinaac je objektivno utvrđeno bolestan) (51). Gledano prema trajanju, postoji **dugotrajni** apsentizam (u Hrvatskoj dugotrajno bolovanje) koji je povezan s bolešću ili obiteljskim problemima (48, 50, 52). **Kratkotrajni** apsentizam (u Hrvatskoj kratkotrajno bolovanje) kada je uzrokovan bolešću, povezan je s brzim oporavkom i jakim radnom etikom zaposlenika (4). Međutim, kratkotrajno bolovanje često je povezano s nezadovoljstvom na radnom mjestu. Zaposlenik na taj način “bježi” od problema na poslu, odnosno izbjegava raditi (52). Takvo ponašanje smatra “nekooperativnim” jer će zbog toga izostanka kolege morati odraditi neodrađeni posao. S druge strane, postoje radna mjesta na kojima se zbog organizacijske “kulture” toleriraju česti izostanci (50, 53). **Učestalost** apsentizma ovisi o zaposleniku (vrsti radnog zadatka koje zaposlenik radi, načinu rukovođenja, smjenama u kojima radi) i o radnom mjestu (organizacija i manjak mjera kojima se kontrolira apsentizam). Može biti povezana s namjerom da zaposlenik promjeni radno mjesto (50, 54, 55). Postoji još jedna, slikovita, podjela koja razlikuje bijeli, sivi i crni apsentizam:

1. **Bijeli** apsentizam uključuje izostanak zbog očite i objektivno utvrđene bolesti (vrućica, slomljena noga itd.).
2. Ukoliko se radi o psihološkoj ili psihosomatskoj bolesti (glavobolja, umor, bolovi u trbuhu), radi se o **sivom** apsentizmu. Kod ovih bolesti i stanja, teško je objektivno utvrditi postojanje bolesti.
3. Kada zaposlenici koriste bolovanje, a da zapravo nisu bolesni radi se o nelegalnom, odnosno **crnom** apsentizmu (4).

Istraživanja su pokazala da se apsentizam može opisati Paretovim zakonom: približno 20% pojedinaca uzrokuje 80% svih apsentizma. Postoji još jedna podjela apsentizma, koja razmatra kulturološke i bihevioralne uzroke apsentizma:

1. kapriciozni – dani koje ljudi „uzmu“ jer su ljuti na radnu organizaciju ili nisu motivirani raditi taj dan. Pad motivacije je često primijećen „s pojavom prvog sunčanog dana u proljeće“, zatim kada je teško ustati ujutro iz kreveta nakon burne

noći (*morning-after blues*). U nekim kulturama uobičajeno je uzeti dan bolovanja za sjetvu, žetvu, berbu, kolinje, ali i za „spajanje blagdana“.

2. osobni poslovi – ponekad je potreban slobodan dan da bi se riješilo „osobne stvari“, za probleme koji se mogu obaviti samo unutar radnih sati. To su obaveze koje svaki od nas u nekom razdoblju života ima, poput odlaska na pretragu ili zahvat, rješavanje administracije, odlazak odvjetniku, voziti člana obitelji na aerodrom i sl. U ovo slučaju, logika razmišljanja zaposlenika je da ako već nisu koristili (puno) bolovanja, umjesto da koriste godišnji odmor za ovakve potrebe, radije koriste bolovanje
3. problemi – alkoholizam, narkomanija, problemi mentalnog zdravlja i obiteljski problemi (56).

1.2.1. IZOSTANCI S POSLA ZBOG BOLOVANJA

Bolovanjem se definira privremenu nesposobnost za rad, odnosno odsutnost s rada zbog bolesti ili ozljede te drugih okolnosti radi kojih je osiguranik spriječen izvršavati svoju obvezu rada u skladu s ugovorom o radu, drugim ugovorom ili aktom, za vrijeme kojeg osiguraniku pripada pravo na naknadu plaće (57). Bolovanje, odnosno apsentizam, odražava sliku zdravlja u radnoj populaciji, ako se zdravlje shvaća u smislu fizičkog i društvenog funkcioniranja. Međutim, apsentizam i bolest ne moraju nužno biti povezani pa u tom slučaju bolovanja ne odražavaju pravu sliku zdravlja (58).

1.2.2. POSLJEDICE APSENTIZMA

Apsentizam ima niz negativnih posljedica. Smanjuje produktivnost radne organizacije zbog znatnog broj izgubljenih radnih sati, smanjene produktivnosti zbog odsustva zaposlenika te nedovoljne iskorištenosti radnih kapaciteta. Zaposlenicima koji ne izostanu s posla predstavlja dodatni napor i stres te uzrokuje pad morala i motivacije jer moraju nadoknaditi radne zadaće za kolege koji izostaju. Apsentizam nosi znatan gubitak financija poslodavcima jer je potrebno platiti prekovremeni rad ili zamjenu za osobu koje nema na poslu. Štoviše, apsentizam zbog korištenja usluga zdravstvenog sustava, smanjuje kvalitetu i opterećuje zdravstveni sustav (17, 59). Naime, ukoliko je apsentizam ponašajni obrazac, zaposlenik će nastaviti „rješavati svoje probleme“ izostancima s posla. Također, zaposlenici koji do kraja ne odboluju ili zaključe da za određene bolesti ne žele izostajati s posla koliko bi zahtjevalo liječenje, nego nastave raditi, a da nisu do kraja zdravi, njihov apsentizam postaje, ako što je već spomenuto, *prezentizam zbog bolesti* (16). Najozbiljnija posljedica apsentizma po ljudsko zdravlje je njegova povezanost s budućim apsentizmom, budućim prezentizmom (zbog bolesti) i mortalitetom (48, 52, 54, 60).

1.2.3. ISTRAŽIVANJA I PODACI O APSENTIZMU U REPUBLICI HRVATSKOJ

Prema godišnjem izvješću Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), u 2012. godini broj dana bolovanja na teret poslodavca iznosio je 6.438.910 dana. U djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, gdje je stopa apsentizma 2,22 %, zaposleno je 86.023 aktivnih osiguranika, prosječno izostaje 1.906 zaposlenika, uz 596.725 dana bolovanja. Ukupna stopa apsentizma u 2013. godini iznosila 2,85, dok je u 2012. godini iznosila 3,11 (61, 62).

Istraživanje autora Pološki i Frajlić iz 2003. godine pokazalo je da je najveći apsentizam u Hrvatskoj u proizvodnim poduzećima, srednje velikim poduzećima i onima s većinski državnim vlasništvom (63). To istraživanje također je pokazalo da čak 75 % hrvatskih poduzeća ima stopu apsentizma do 10%, što se smatra prihvatljivim. Jedan od uzroka apsentizma mogao bi biti i strah od gubitka posla u ekonomski nedovoljno razvijenom gospodarstvu kao što je naše (63).

Istraživanje provedeno u Hrvatskoj 2006. godine, u kojem je više od 1000 zaposlenika odgovorilo anonimno i više od 100 poslodavaca pokazuje da je svaki osmi zaposlenik u Hrvatskoj bio je na bolovanju u protekloj godini iako nije bio bolestan, podjednaki broj muškaraca i žena (64). Zaposlenici koji odlaze na lažna bolovanja (njih 13%) čine to prosječno 1,4 puta godišnje. Prosječno trajanje lažnog bolovanja iznosi četiri dana. Natpolovična većina, 65% ispitanih poslodavaca susrelo se s odlaskom svojih zaposlenika na bolovanje u trajanju od jednog dana. Poslodavci, međutim, smatraju da zaposlenici češće odlaze na lažna bolovanja te smatraju kako je prosječno 25% bolovanja lažno. Razlozi koji se navode za odlazak na bolovanja su: *Ne osjećam se dobro* ili *Osjećam da bih mogao dobiti gripu* naveli su poslodavce da posumnjaju u istinitost bolovanja. U većini slučajeva odlaska na jednodnevna bolovanja zaposlenici kao razloge navode mučninu, glavobolju, virozu, povišenu temperaturu i slično. Pravi razlozi izostanka s posla pod izlikom bolovanja su najčešće iscrpljenost (48% ispitanika), stres (38%), obiteljske obveze (14%) i odlazak na razgovor za drugi posao (13%). U nekim slučajevima zaposlenici osjećaju da im je potreban produljeni vikend te je zbog toga njih 10% bilo na bolovanju (64). Također, zbog manjka prihoda i etno-kulturoloških razloga, pojedinci, koriste bolovanja kako bi se sukladno radovima na selu u pojedinim godišnjim dobima osigurala hrana sa sela. Pritom pojedinci rade „u fušu“, te potiču sivu ekonomiju zakidajući poslodavca (65). Poslodavci su u 19% slučajeva provjeravali je li zaposlenik uistinu bolestan kada je na bolovanju. Ukupno je 41% zaposlenika izjavilo je da svojem poslodavcu mora donijeti pismenu potvrdu liječnika o jednodnevnom bolovanju dok 12% ne zna je li takva potvrda potrebna. Prema tom podatku moglo bi se zaključiti da za gotovo svakog drugog zaposlenika nije problem izostati s posla na jedan dan pod izlikom bolovanja. Otići na lažno bolovanje ipak nije jednostavno jer je čak 51% poslodavaca otkrilo da su njihovi zaposlenici lagali o razlogu izostanka s posla. Osobe sa završenom srednjom školom češće su na lažnom bolovanju od osoba s fakultetom ili akademijom (64). „Izgovori“ koji se najčešće koriste za zlouporabu višednevnog bolovanja u Hrvatskoj su: psihijatrijske dijagnoze, propisivanje rehabilitacije i fizioterapeutskih tretmana te komplikacije u trudnoći (66).

1.3. KULTURA BOLESNIKOVE SIGURNOSTI

Dok se bolesnikova sigurnost definira kao izbjegavanje i sprečavanje oštećenja ili neželjenih događaja proizašlih iz procesa zdravstvene skrbi, kultura bolesnikove sigurnosti različit je pojam (7) (18, 67, 68). Kultura bolesnikove sigurnosti rezultat je individualnih i grupnih vrijednosti, percepcije, kompetencije, obrazaca ponašanja i stavova prema zdravlju i sigurnosti u zdravstvenoj organizaciji. Kultura bolesnikove sigurnosti utječe na vještine i na način kako će se zdravstveni djelatnici odnositi prema bolesniku i bolesnikovoj sigurnosti u nekoj radnoj organizaciji (68). Drugim riječima *tako se to radi kod nas*, npr. na odjelu (2). Može se reći kako kultura bolesnikove sigurnosti (stavovi, uvjerenja) **utječu** na bolesnikovu sigurnost (7). Štoviše, **kulturu bolesnikove sigurnosti se može smatrati preduvjetom za bolesnikovu sigurnost** (7). Primjer kirurga koji operira u ljetnim mjesecima slikovit je prikaz. Budući da je vruće u operacijskoj sali, kirurg odluči spustiti zaštitnu masku ispod nosa ili čak je potpuno skinuti. Medicinska sestra koja se također nalazi u sali, zna da je to kršenje protokola o sigurnosti i ima potrebu upozoriti kirurga da to ne bi smio činiti. Međutim, zaključuje da ga neće upozoriti jer se boji da će on, ali i drugi kolege, negativno reagirati na to. U svjetskoj literaturi opisana je sve učestalija pojava da se zdravstveno osoblje često ne drži postojećih smjernica niti *checklist*-i (69). Opisane posljedice nepostupanja u skladu s postojećim smjernicama dovode do porasta neželjenih događaja, nepovoljnih ishoda, suboptimalnih rezultata liječenja i iskustva liječenja te nepotrebnog trošenja sredstava. Preventabilni neželjeni događaji su treći vodeći uzrok smrti bolesnika (69).

Važan odmak od tradicionalnih kultura u zdravstvenoj djelatnosti je izbjegavanje kulture krivnje, nego se, upravo suprotno, promiče kultura sigurnosti (70, 71). Kultura krivnje sastoji se od kažnjavanja i krivljenja pojedinaca za pogreške, što ima za posljedicu slabo prijavljivanje pogrešaka te što se pogreške ne doživljavaju kao prilike za učenje. Dapače, stvorilo se mišljenje da su pogreške neizbježne. Zdravstveni djelatnici se često boje prijaviti pogrešku jer se boje posljedica i na neki način „napada na sebe“. Kultura krivnje je dovela do potpuno suprotnih mjera poput više provjeravanja, disciplinskih posljedica i uvođenje novih postpaka u radu koje ne motiviraju zdravstvene djelatnike (72, 73). I najvažnije, kultura krivnje nije uspjela poboljšati ishode bolesnikove sigurnosti (72).

1.3.1. BOLESNIKOVA SIGURNOST

Nekada se smatralo da su industrija i zrakoplovstvo jedne od najopasnijih djelatnosti. Istina je da industrija i avijacija imaju bolje podatke o sigurnosti od medicine. Naime, šanse da se putniku nešto desi (neželjeni događaj) u zrakoplovu su 1/1 000 000, dok su šanse za neželjeni događaj u bolnici 1/300 (74, 75).

Obzirom na kompleksnost zdravstvenog sustava i razne čimbenike koji doprinose pojavnosti grešaka, postepeno se umjesto izraza greška (engl. *error*) sve više rabi izraz neželjeni događaj (engl. *adverse event*) koji uključuje **sve za bolesnika štetne ili potencijalno štetne učinke** (pogreške, incidenti ili otklon) kao što je pogrešna ili zakašnjela dijagnostika, pogreške u terapiji ili primjeni lijekova, gubitak nalaza i drugih informacija tijekom primopredaje službe ili premještaja bolesnika, zamjena identiteta bolesnika, propusti u postoperativnom liječenju, opasnosti proizašle iz pogrešaka u primjeni medicinskih uređaja ili zbog loših organizacijskih rješenja. I onda kada neželjeni događaji ne uzrokuju smrt ili trajne posljedice po zdravlje, u pravilu dovode do produženog boravka u bolnici i povećanja troškova liječenja (18, 76-78).

Postojeći podaci pokazuju zabrinjavajuće trendove vezane uz bolesnikovu sigurnost. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) izvijestila je da čak 15% hospitaliziranih bolesnika dobiju bolničku infekciju. Samo u Europi je godišnje zabilježeno oko 5 milijuna slučajeva bolničkih infekcija godišnje, a u cijelom svijetu oko stotine milijuna. S druge strane, pogreške u propisivanju lijekova su vodeći uzrok medicinskih grešaka i u razvijenim zemljama i u zemljama u razvoju. Podaci iz SAD-a pokazuju da godišnje oko 1,5 milijuna ljudi bude tako nanesena šteta i da posljedično oko nekoliko tisuća godišnje umire zbog toga. Kirurški zahvati učinjeni bez odgovarajućih mjera sigurnosti pri radu uzrok su oko 7 milijuna komplikacija koje rezultiraju s oko milijun smrti u cijelom svijetu godišnje. Npropisan način davanja injekcija uzrok je oko 33% novih infekcija virusom hepatitisa B, 42% novih infekcija virusom hepatitisa C te 2% svih novih infekcija virusom HIV-a u cijelom svijetu godišnje. Čak 15% primopredaja bolesnika i dokumenata rezultira neželjenim događajima (74).

Više od polovice od ovih komplikacija i uzroka smrti moglo se izbjeći, da su se pratile postojeće smjernice za liječenje (69, 75). Istraživanja su pokazala, da su neželjeni događaji koji su se donedavno smatrali neizbježnima (infekcije centralnog venskog puta) danas uvelike

preventabilni (69). Bolesniku na intenzivnoj njezi svaki dan, u prosjeku potrebno oko 178 različitih radnji dnevno (od davanja terapije do sukcije pluća, vježbanje ruku i nogu da ne bi došlo do kontraktura, davanje supkutanih injekcija antikoagulanata, okretanje bolesnika u krevetu, mijenjanje posteljine i pranje bolesnika, bez da se pritom iščupa cjevčica ili venski put, pranje zuba kako bi se izbjegla pneumonija) i da svaki od tih postupaka predstavlja rizik (75). U istom je tom istraživanju zabilježeno da su liječnici i medicinske sestra napravili pogrešku u samo 1% svih navedenih postupaka, što je u prosjeku iznosilo 2 greške dnevno po bolesniku (75). Imajući na umu da ljudi žive dulje, tijekom života obole od nekoliko kroničnih bolesti (hipertenzija, dijabetes, astma, osteoartritis itd.) ne čudi činjenica da građanin Amerike ima prosječno 7 operacija u svom životnom vijeku (iza kojih može slijediti oporavak u intenzivnoj njezi) (75). Osim toga, trećinu svih bolesnika će tijekom života pratiti bar 10 različitih vrsta specijalista i uz njih će se vjerojatno susretati s još nizom zdravstvenih djelatnika (75).

Svjetska zdravstvena organizacija je u strateškom dokumentu „Zdravlje za sve do 2000. godine“ (engl. *Health for All by the Year 2000*) naglasila bolesnikovu sigurnost kao temeljno pravo svih zdravstvenih sustava (79). Dapače, bolesnikova sigurnost je postala toliko važna tema da joj je SZO odlučila posvetiti posebnu pažnju te je od 2004. godine započeo *Patient Safety programme* s posebnim izaslanikom SZO-a za bolesnikovu sigurnost na čelu (74, 80). Jedan je od najvažnijih ciljeva tog programa je osigurati rješenja za poboljšanje bolesnikove sigurnosti primjenjiva u različitim sustavima gdje se pruža zdravstvena zaštita diljem svijeta. Vijeće ministara Europe (engl. *Council of Europe Committee ministers*) u dokumentu Preporuke o rukovođenju bolesnikove sigurnosti i prevenciji neželjenih događaja u zdravstvu (engl. *Recommendation (2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in healthcare* donijelo) je preporuku da vlade zemalja članica trebaju donijeti jedinstven i jasan pravni okvir za bolesnikovu sigurnost (80). Ciljevi preporuka uključuju promicanje kulture sigurnosti na svim razinama zdravstvene zaštite, usvajanje proaktivnog i preventivnog pristupa dizajniranja zdravstvenih sustava za stvaranje bolesnikove sigurnosti, stavljanje naglaska na bolesnikovu sigurnost kao prioriteta za rukovoditelje i poticanje učenja na incidentima vezanim uz bolesnikovu sigurnost (73, 80).

Nastojanja da se osigura sigurnija i pouzdanija zdravstvena zaštita obuhvaćala su promjene zakonskih propisa i pravilnika, ali i nove načine praćenja, izvještavanja kao i nove tehnologije. U većini slučajeva, ti pokušaji nisu doveli do velikih promjena u ishodima

bolesnikove sigurnosti (72, 81). Dominirala je kultura krivnje s osjećajem osobne nelagode, prozivanja ostalih kolega zbog grešaka i sl., umjesto kulture bolesnikove sigurnosti koja je usmjerena na uočavanje i rješavanje grešaka te zajedničko učenje na greškama (82).

1.3.2. BOLESNIKOVA SIGURNOST U REPUBLICI HRVATSKOJ

Prema *Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11)* zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici su obvezni svaka tri mjeseca dostaviti izvješće Ministarstvu zdravlja i Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi o praćenju neočekivanih neželjenih događaja (83).

Neočekivani neželjeni događaji su:

1. Kirurški zahvat proveden na pogrešnom bolesniku
2. Kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela
3. Instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata koji zahtjeva dodatni zahvat ili dodatni postupak
4. Transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti
5. Smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije
6. Smrt majke ili teško oboljenje povezano s porodom
7. Otmica novorođenčeta
8. Otpust novorođenčeta pogrešnoj obitelji
9. Smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, koja nije povezana s urođenim oboljenjem
10. Jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513 $\mu\text{mol/L}$)
11. Samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi i trgovačkom društvu ili unutar 72 sata od otpusta
12. Radioterapija pogrešne regije tijela
13. Radioterapija s dozom 25% iznad planirane doze (84).

Prema istom Pravilniku zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici su obvezni svakih šest mjeseci dostaviti izvješće ministarstvu i Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi o praćenju Pokazatelja bolesnikove sigurnosti odnosno o Ostalim neželjenim događajima (OND) (83).

Ostali neželjeni događaji (pokazatelji sigurnosti bolesnika):

1. Stopa standardizirane bolničke smrtnosti,
2. Poslijeoperacijska infekcija rane,
3. Nedostatna higijena ruku,
4. Poslijeoperacijska plućna embolija ili duboka venska tromboza,
5. Poslijeoperacijsko krvarenje ili hematoma,
6. Neželjene nuspojave lijekova,
7. Opstetrička trauma - vaginalni porod bez instrumenata,
8. Porodajna trauma – ozljeda novorođenčeta,
9. Poslijeoperacijski prijelom kuka,
10. Pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi,
11. Dekubitalni ulkus,
12. Nuspojave antipsihotičnog liječenja (85).

Prema izvješću o neočekivanim neželjenim događajima u zdravstvenim ustanovama Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi iz ožujka 2013. godine, prijavljeno je ukupno **28 neočekivanih neželjenih događaja te 340 neželjenih događaja prema osoblju** u razdoblju od srpnja 2011. godine do rujna 2012. godine. Ukupno je bilo prijavljeno:

1. Kirurški zahvat proveden na krivom bolesniku: 1
2. Kirurški zahvat proveden na krivom dijelu tijela: 1
3. Transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti: 1
4. Smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, koja nije povezana s urođenim oboljenjem: 5
5. Jaka neonatalna žutica (bilirubin > 513 µmol/L): 1
6. Samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi i trgovačkom društvu ili unutar 72 sata od otpusta: 19
7. Neželjeni događaji prema osoblju – verbalni: 230

8. Neželjeni događaji prema osoblju – fizički: 80
9. Neželjeni događaje prema osoblju – materijalni: 30 (86).

Ovaj pregled izvještaja Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi ilustrira nam što su sve zdravstveni djelatnici prijavljivali te što je njima bilo važno prijaviti. Podatak od 340 neželjenih događaja prema osoblju govori da je sigurnost zaposlenika na radu jako važan čimbenik (74, 79). Podatak da je samo 28 neočekivanih neželjenih događaja prijavljen i to pretežito na razini pojedinačnog događaja zanimljiva je polazišna točka ovog istraživanja jer se Upitnikom *Bolničko istraživanje o kulturi bolesnikove sigurnosti* [engl. *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*] ispituje koliko je ispitanik prijavio neželjenih događaja. Događaje je, prema izvješću Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, prijavilo 54 od ukupno 65 bolnica u Republici Hrvatskoj.

1.4. DJELATNOST ZDRAVSTVA I ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Osobe zaposlene u djelatnosti zdravstva i zdravstvene zaštite mogu na svojim radnim mjestima biti izložene različitim rizicima po zdravlje (87, 88). Opetovana izloženost zaposlenika negativnim ili zahtjevnim uvjetima rada rezultira psihofiziološkom neravnotežom koja dugoročno gledano rezultira kroničnim zdravstvenim tegobama te pojavom prezentizma i apsentizma na radnom mjestu (89).

Zdravstveni djelatnici zbog velikog broja profesionalnih opasnosti i štetnosti te napora, koji su specifični su i značajni za djelatnost zdravstva i zdravstvene zaštite, izloženi su na radnom mjestu i dodatnom stresu zbog manjka osoblja te posljedično visokog radnog opterećenja (5, 47, 90). I dok su dvije najopasnije djelatnosti, poljoprivreda i građevinarstvo, danas sigurnije nego prije deset godina, u djelatnosti zdravstva i zdravstvene zaštite bilježi se porast broja neželjenih događaja i bolesti koje nastaju kao posljedica uvjeta i načina rada (74). Bolesti u zdravstvenih djelatnika potencijalno mogu imati izrazito negativne posljedice po ishode liječenja, najčešći je primjer pojava zaraznih bolesti u liječnika i/ili medicinskih sestara koje se mogu proširiti na bolesnike u skrbi i zdravu populaciju (47).

Važnost zaštite zdravlja i sigurnosti na radu zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite prepoznata je i na svjetskoj razini. U svibnju 2007. godine 193 zemlje članice Svjetske zdravstvene organizacije potvrdile su Globalni plan djelovanja za zdravlje radnika (engl. *Workers' health: global plan of action - GPA*) (91). Još 2006. godine u izvješćima SZO navodi se globalni nedostatak zdravstvenog osoblja i potreba da se zdravstvene djelatnike podrži i zaštiti (92). Započinje kampanju pod nazivom »Liječiti, osposobiti, zadržati« (engl. *Treat, Train, Retain*), a u prosincu 2009. godine, SZO je u suradnji s globalnom mrežom svojih suradnih centara za medicinu rada u zajednici s Međunarodnom organizacijom rada razvila Globalni okvir nacionalnih programa zaštite zdravlja i sigurnosti na radu zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite (93).

1.4.1. PREZENTIZAM U ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA

U zdravstvenih djelatnika prezentizam se često javlja uz **akutne i kronične bolesti** (5, 22, 29, 94). Najčešća stanja zbog kojih se javlja prezentizam su općenito loše zdravlje, bol u križima, umor, bol, iscrpljenost, nelagoda, poremećaji spavanja, depersonalizacija, depresija i stres (5, 6, 29). Duga i kratka razdoblja **bolovanja**, kao i bilo koja druga vrsta **apsentizma**, povezani su s prezentizmom (6). Pojava prezentizam se češće javlja u žena, često mlađe i srednje životne dobi te u onih koje imaju djecu (6, 29). Osim samih zdravstvenih problema, često i drugi čimbenici, poput **organizacijskih čimbenika** (neusklađenost između željenog broja radnih sati i stvarnog broja radnih sati), **zahtjeva posla i međuljudskih odnosa** (poput konflikta uloga, kompeticije i nesigurnosti) utječu na odluku zaposlenika da ne izostanu s posla (11, 22, 28, 32-34). Postoje i elementi koji utječu na prezentizam, a koji su **specifično vezani za zdravstvene** djelatnike, poput samo-dijagnoze, samo-tretmana te odluka da se ne uzme bolovanje jer će se nagomilati posao, koji je često i neodgodiv (pregledi, operacije i sl.) (29, 34). Prezentizam, uz apsentizam, može ugroziti veliki broj bolesnika što dodatno povećava troškove u zdravstvenom sustavu i kompromitira kvalitetu njihovog rada i kvalitetu zdravstvene skrbi (47). U posljednje se vrijeme dosta istražuju razlozi zašto se pojedinci, umjesto na bolovanje, odlučuju na prezentizam te se u rezultatima ističe pretjerano angažiranje na poslu (5, 6).

1.4.2. APSENTIZAM U ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA

Percepcija vlastitog zdravstvenog stanja (procjena i percepcija vlastitog zdravlja kao dobro, slabo ili loše, samo-predviđanje bolesti), kao i dosad prepoznate **somatske** (koštano-mišićne bolesti, bolovi, ozljede i invaliditet; GERB, ishemijska bolest srca, operacija koljena, bolesti dišnog i probavnog sustava) i **mentalne bolesti** (depresija, manji psihijatrijski poremećaji) te **psihosomatske bolesti** (umor, *burnout*, manjak sna, stres na radnom mjestu) povezani su s apsentizmom u zdravstvenih djelatnika (4, 13, 50, 52, 89, 95-101). Apsentizam se češće javlja u žena (mlađe i starije životne dobi) koje imaju djecu, neovisno o bračnom statusu (**demografski pokazatelji**) (50-52, 97, 99, 100). **Navike**, poput pušenja i tjelesne aktivnosti,

posljedično s visokim indeksom tjelesne mase (ITM) i pretilošću, povezane su s apsentizmom u zdravstvenih djelatnika (50, 99). Osobni čimbenici za koje je do sada opisano u literaturi da su povezani s apsentizmom su: tip A osobe (kompetitivni, ambiciozni, anksiozni, nestrpljivi), individualni moral i negativni afekt (52, 89). Prepoznati su i **osobni** čimbenici povezani s apsentizmom, koji svojom kompleksnošću i snagom mogu utjecati na radnu sposobnost i radnu učinkovitost, poput osobnih problema, smanjene radne sposobnosti te uvjerenja tipa strah-izbjegavanje (engl. *fear-avoidance beliefs*) (52, 96, 97). Povezanost apsentizma sa zanimanjima u djelatnosti zdravstva, nađena je konzistentno u liječnika, medicinskih sestara, njegovatelja i pomoćnih radnika. **Značajke radnog mjesta povezanih** s apsentizmom kod zdravstvenih djelatnika su: strukturne značajke radne jedinice, velika radna jedinica, fizička udobnost radnog okružja, rade u javnom sektoru, puno radno vrijeme, manja plaća po satu, često rade više poslova, manjak vremena za planiranje posla, radna monotonija, ne/mogućnost napredovanja, omjer broja sestara na broj bolesnika, dugotrajno liječenje, briga za gerijatrijske bolesnike, rad na odjelu psihijatrije te večernje i noćne smjene (50, 51, 98, 102-104). Također su povezani i visoki radni zahtjevi i velika radna opterećenja te mala kontrola i mala mogućnost donošenja odluka (13, 89, 100, 103, 105). Postoje i čimbenici radnog mjesta koje se ne mogu jednoznačno opisati kao socijalni ili kao psihološki ili organizacijski, a povezani su s apsentizmom, primjerice psihosocijalno okruženje, socijalno isključenje na radnom mjestu, *mobbing*, pozitivan afektivni ton grupe, kohezivnost unutar tima, povjerenje u radnu organizaciju, programi smanjivanja stresa, razina percipirane pravednosti u odlučivanju, iskustvo nepravde na radnom mjestu, poštovanje od strane poslodavca, potpora rukovoditelja, vodstvo u radnoj jedinici, organizacijsko ozračje, čimbenici zadržavanja na radnom mjestu, radna fluktuacija (engl. *turnover*), negativne posljedice organizacijskih promjena (4, 13, 50, 52, 89, 98, 100, 106). Osim toga, zadovoljstvo odnosno nezadovoljstvo radnim uvjetima i poslom, predanost poslu, predanost organizaciji te percepcija koliko se smije izostajati s posla, čimbenici su za koje se ne može reći da su samo osobni, nego i uvjetovani i radnim mjestom, ali uvelike utječu na apsentizam (13, 52, 89).

Iako je jedan od ciljeva ove analize bio sistematizirati elemente po tematskim skupinama, važan je nalaz da je za neke je elemente bilo vrlo teško odlučiti kojoj (samo jednoj) skupini pripadaju. Predanost poslu, percepcija koliko se smije izostajati, iskustvo nepravde na poslu, neki su od primjera kako osobne značajke i značajke radnog mjesta svojim međusobno povezanim ulogama utječu na odluku hoće li netko izostati.

Osim što je opisano da su navedeni elementi povezani s apsentizmom, najnovija istraživanja išla su korak dublje pa su utvrdila i na koji način navedeni čimbenici utječu na apsentizam (povećavaju ga ili smanjuju)

1. elementi koji **povećavaju** vjerojatnost da će se apsentizam dogoditi su: povećanje veličine obitelji, mlađa i starija dob, osobni problemi, tip A osobe, negativni afekt, predviđanje bolesti, umor, manjak sna, loše zdravlje, koštano-mišićne bolesti, psihološki problemi, psihološki distres, stres, stres na radnom mjestu, *burnout*, psihosomatski problemi, uzimanje lijekova, radu javnom sektoru, rade više poslova, radna preopterećenost, velika radna jedinica, završena srednja škola, djelatnici u zdravstvu (licencirane medicinske sestre, zdravstveni tehničari, njegovatelji, pomoćni radnici), puno radno vrijeme, manja plaća po satu, dugotrajno liječenje, malo povjerenje u radnu organizaciju, radna monotonija, nezadovoljstvo poslom, visoki radni zahtjevi, veliko radno opterećenje, mala kontrola posla, mala mogućnost donošenja odluka, iskustvo nepravde na poslu, apsentizam u prošloj godini, radna fluktuacija (engl. *turnover*) (13, 50-52, 89, 97, 100, 102, 104)
2. elementi koji **smanjuju** vjerojatnost da će se apsentizam dogoditi su: tjelesna aktivnost, redovit dolazak na posao i percepcija koliko se smije izostati, omjer broja sestara na broj bolesnika predanost organizaciji, predanost poslu, zadovoljstvo poslom, čimbenici zadržavanja na radnom mjestu, programi smanjivanja stresa, organizacijska klima, visoka podrška na radnom mjestu, individualni moral, napredovanje u karijeri, pozitivan afektivan ton radne grupe, kohezivnost unutar tima (4, 13, 50-52, 89, 99, 106)

Nakon spoznaje da apsentizam povećava vjerojatnost od budućeg apsentizma ili bolovanja, istraživanja su usmjerena na utvrđivanje čimbenika koji su povezani s kojim brojem budućeg apsentizma ili bolovanja (u nekim je istraživanjima specifično ispitana povezanost s bolovanjem, dok u drugima s apsentizmom općenito, u što, teoretski, može biti uključeno i bolovanje) (52, 54). Sljedeći čimbenici povezani su s:

1. **nekoliko dana apsentizma**: zdravlje (dobro/loše), mlađa dob, završena srednja škola, žene, kohezivnost unutar tima, velika radna opterećenja (4, 50, 51, 103)
2. **više dana apsentizma**: starija dob, bračni status (u braku, samci, rastavljeni, razvedeni, udovice), rad u javnom sektoru, zdravstveni tehničari, pretilost, posao s visokim naprezanjima, radna uloga s visokim opterećenjem, mala potpora

rukovoditelja, visoki fizički zahtjevi na poslu, mala kontrola, manjak poštovanja od strane poslodavca (13, 50, 51)

3. **nekoliko i više dana apsentizma:** ženski spol, dob, zanimanje u zdravstvu, rade više poslova, samoprocjena zdravlja, manji psihijatrijski poremećaji, koštano-mišićne bolesti (50)
4. **dugotrajnim bolovanjem:** loše zdravlje (samoprocjena), socijalno isključenje na radnom mjestu, negativne posljedice organizacijskih promjena, briga za gerijatrijske bolesnike (98)
5. **kratkotrajnim bolovanjem:** radna naprezanja (105)

Elementi koji utječu i **na prezentizam i na apsentizam** su: prethodni apsentizam/bolovanje, bol u križima, općenito loše zdravlje, poremećaji spavanja, depresija i stres.

1.4.3. ZDRAVSTVENI DJELATNICI U REPUBLICI HRVATSKOJ

U sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2013. godine bilo je zaposleno 13 731 liječnika. Njih 59,1% radilo je u bolničkim ustanovama (33,3% kliničke bolnice, 21,2% opće bolnice, 4,6% specijalne bolnice). Zaposlenih medicinskih sestara bilo je 26 413 (107). Na jednog stalno zaposlenog liječnika u 2013. godini bile su zaposlene dvije medicinske sestre. Procijenjeno je da nedostaje 4300 liječnika i 13000 medicinskih sestara u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj (87).

Zdravstvena djelatnost pripada u visokorizične djelatnosti te se nalazi iznad prosječne stope za Hrvatsku kad su u pitanju profesionalne bolesti, odnosno i ozljede na radu. U 2012. godini zabilježeno je 1096 ozljeda na radu u djelatnosti zdravstvene zaštite, odnosno 1307 u djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Najčešći način nastajanja ozljede na radu na mjestu rada je pad radnika (305 radnika, 38,41%), zatim sudar radnika s predmetom (225 radnika, 28,34%) te ostali načini (122 radnika, 15,37%). Najveći broj ozljeda na mjestu rada prema prirodi ozljede svrstan je u grupu ostale rane (178 ozljeda, 22,42%), prijelomi (153 ozljeda, 19,27%) i kontuzije i nagnječenja (133 ozljeda, 16,75%). Najčešći izvor ozljeda na mjestu rada su bile prostorije i površine za kretanje osoba na radu (219) i ostali izvori povrede

radnika na radu (100). Najčešći uzrok ozljeda na mjestu rada je viša sila (322 ozljeda) te ostala neprimijenjena posebna pravila Zakona na radu (157 ozljeda). Od ukupnog broja ozlijeđenih zdravstvenih djelatnika na mjestu rada, 76,57% ih je koristilo osobna zaštitna sredstva u vrijeme ozljede na radu (108). Profesionalnih bolesti u djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi u 2012. godini bilo je 14, odnosno 14,67/100.000. Najčešće profesionalne bolesti su prema Zakonu o listi profesionalnih bolesti (NN107/07): točka 45. Mikroorganizmi (11), točka 41 Kumulativna trauma (1), točka 38. Ionizirajuće zračenje (1), točka 37.1. Vibracije koje se prenose preko ruke i šake (1) (109, 110). Prema dostupnim podacima o danima bolovanja za liječnika (doktori medicine i doktori dentalne medicine), ukupno su bili na bolovanju 17 563 dana zbog bolesti (A0) MKB – A00-O99, 5 646 dana zbog ozljeda na radu (B0), 296 dana zbog profesionalnih bolesti (C0) te 2 505 dana zbog ostalih razloga (ozljede u prometu, trovanja i dr.) A0 MKB P00-Z99. Medicinske sestre i tehničari su ukupno bili 81 035 dana na bolovanju zbog bolesti, 21 399 dana zbog ozljeda na radu, 967 dana zbog profesionalnih bolesti te 13 632 dana zbog ostalih razloga (111).

Osobe zaposlene u djelatnosti zdravstvene zaštite mogu biti izložene različitim rizicima u svom radu. Najvažniji zakoni koji reguliraju ovo područje su Zakon o zaštiti na radu i Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ broj, 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35,12, 70/12,144/12). Prevencija i liječenje ozljeda na radu i profesionalnih bolesti osigurani su unutar obveznog zdravstvenog osiguranja što znači da poslodavci odabiru nadležnog specijalistu medicine rada prema mjestu rada i ne plaćaju izravno preventivne preglede svojih radnika izloženih povećanim rizicima po zdravlje na radnom mjestu. Liječenje ozljeda na radu i profesionalnih bolesti u nadležnosti je izabranog liječnika opće medicine, a propisani preventivni pregledi i ocjena radne sposobnosti isključivo su u nadležnosti specijalista medicine rada. Za učinkovitost provedbi mjera sigurnosti na radu osoba zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite, potrebno je osigurati i koristiti osobna zaštitna sredstva čija je svrha poglavito zaštita sluznice i kože zdravstvenih djelatnika od krvi/tjelesnih tekućina te sprječavanje kontaminacije odjeće i smanjenje mogućnosti širenja mikroorganizama s bolesnika ili predmeta na druge bolesnike ili okolinu tj. za prevenciju profesionalne izloženosti bolničkim infekcijama. Treba koristiti zaštitnu odjeću koja odgovara određenim standardima, a odgovornost za primjenu mjera zaštite (osobnih zaštitnih sredstava i zaštitnih radnji) je na zdravstvenim ustanovama (uprava) koje moraju svojim zaposlenicima osigurati

izobrazbu i dostupnost osobnih zaštitnih sredstava, ali i na samim djelatnicima koji moraju biti svjesni svog profesionalnog rizika te pravilno i dosljedno koristiti mjere zaštite.

U zdravstvenim ustanovama moraju biti razrađeni protokoli po kojima će se postupati u incidentnim situacijama. U Hrvatskoj je uspostavljen sustav za kontrolu bolničkih infekcija te osobe zaposlene u djelatnosti zdravstvene zaštite, primjenjujući zaštitne mjere pri radu, čuvaju ne samo svoje zdravlje već imaju i važnu ulogu u sprječavanju i suzbijanju bolničkih infekcija čime skrbe i za zdravlje i sigurnost svojih bolesnika. Osim rizika od infekcija, zaposleni u djelatnosti zdravstvene zaštite mogu biti izloženi i opasnosti od ionizirajućeg i neionizirajućeg zračenja. Pri tome je važno, uz opće mjere zaštite, poduzimati i mjere osobne zaštite i kontrole osobne izloženosti odnosno praćenja zdravstvenog stanja izloženih radnika kako bi se na vrijeme spriječile promjene u zdravstvenom stanju. Ove osobe zaposlene u djelatnosti zdravstvene zaštite podliježu obaveznim zdravstvenim pregledima u rokovima i sadržajem određenim posebnim pravilnicima. Jedna od mjera prevencije je i redovito servisiranje i zamjena dijelova uređaja jer oni mogu biti uzrok pojačanom štetnom djelovanju po zdravlje.

Uz navedene rizike djelatnici mogu biti izloženi opasnosti od štetnog djelovanja citotoksičnih lijekova i to zdravstveni djelatnici prilikom pripreme i aplikacije lijeka, a bolesnici prilikom dobivanja terapije nestručnim rukovanjem ili pripremom citotoksične terapije. Citotoksična terapija se u Republici Hrvatskoj u većini slučajeva priprema na odjelima bez nadzora stručne osobe (magistra farmacije) što dovodi u opasnost i osobe koje pripremaju terapiju i same bolesnike, a upitna je i kvaliteta i ispravnost pripravljenog lijeka. Potrebno je osigurati odgovarajući prostor, opremu za prijem, čuvanje, pripremu, izdavanje i transport citotoksičnog lijeka odnosno terapije (111).

1.5. SVRHA RADA

Problem prezentizma i apsentizma je u zdravstvenoj zaštiti posebno važan za zdravstvene djelatnike koji, osim što koriste zdravstvenu zaštitu, također je i pružaju. Njihovo zdravlje uvelike utječe na bolesnikovo zdravlje i na kvalitetu zdravstvene zaštite (5, 90, 112, 113).

Apsentizam u djelatnosti zdravstva i zdravstvene zaštite predstavlja problem jer se izravno odražava na kvalitetu zdravstvene skrbi: smanjen broj prisutnih na poslu narušava timski rad i mijenja kvalitetu i opseg zdravstvene skrbi.

Budući da nije dostatno istražen odnos prezentizma i apsentizma s ishodima rada u djelatnosti zdravstva, svrha ovog istraživanja je doprinijeti izgradnji kulture bolesnikove sigurnosti kroz uspostavljanje zdravog radnog okruženja za zdravstvene djelatnike.

2. HIPOTEZA

U bolnici na odjelima s višom stopom prezentizma i apsentizma niža je kultura bolesnikove sigurnosti.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Opći je cilj istražiti učestalost prezentizma i apsentizma u zdravstvenih djelatnika

Specifični ciljevi su:

1. Istražiti odnos prezentizma i apsentizma s kulturom bolesnikove sigurnosti u bolničkoj skrbi.
2. Istražiti mogućnost prevencije prezentizma i apsentizma zdravstvenih djelatnika zaposlenih u bolnicama

4. ISPITANICI I METODE

Prezentizam je ispitan upitnikom *Kratki oblik ljestvice Svjetske zdravstvene organizacije za mjerenje zdravlja i radne učinkovitosti* (WHO HPQ) kojim se mjeri relativni prezentizam, a to je **omjer stvarnog radnog učinka ispitanika u usporedbi s radnim učinkom većine radnika koji rade na sličnom radnom mjestu**. Vrijednosti distribucije moguće su od 0,25 (ispitanik radi 25% ili manje od radnog učinka većine radnika) do 2 (ispitanik radi 200% ili manje od radnog učinka većine radnika) (35, 114).

Prezentizam zbog bolesti ispitan je upitnikom *Kratki oblik stanfordske ljestvice za mjerenje prezentizma* (SPS-6) tako da ispitanici, na Likertovoj ljestvici 1-5, ocijene svoju radnu produktivnost u zadnja 4 tjedana, **unatoč postojanju ispitanikovog zdravstvenog problema** (8, 20).

Apsentizam je ispitan upitnikom *Kratki oblik ljestvice Svjetske zdravstvene organizacije za mjerenje zdravlja i radne učinkovitosti* (WHO HPQ) kojim se mjeri relativni apsentizam, a izražava se kao **postotak od očekivanih radnih sati**, a kreće se između negativnog broja (ispitanik radi više nego što se očekivalo) i 1,0 (uvijek je odsutan). Mjeri se upitnikom *Kratki oblik ljestvice Svjetske zdravstvene organizacije za mjerenje zdravlja i radne učinkovitosti* (WHO HPQ) (35, 114).

Kultura bolesnikove sigurnosti rezultat je individualnih i grupnih vrijednosti, percepcije, kompetencije, obrazaca ponašanja i stavova prema zdravlju i sigurnosti u zdravstvenoj organizaciji. Kultura bolesnikove sigurnosti utječe na vještine i na način kako će se zdravstveni djelatnici odnositi prema bolesniku i bolesnikovoj sigurnosti. Ispitana je Upitnikom *Bolničko istraživanje o kulturi bolesnikove sigurnosti* [engl. *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*]. Upitnik se sastoji od 42 pitanja dizajnirana tako da mjere 12 dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti (18, 68).

4.1. ISPITANICI

Presječno istraživanje provedeno je u dvije bolnice, u kliničkom bolničkom centru i u općoj županijskoj bolnici, a provedeno je u razdoblju od siječanja do travnja 2014. godine. Ispitanici obuhvaćeni istraživanjem su liječnici i medicinske sestre. U obje su se bolnice odazvali liječnici i medicinske sestre koji su zaposleni na internističkim odjelima (interna medicina i neurologija), kirurškim odjelima, odjelima ginekologije i porodništva (u daljnjem tekstu i tablicama *ginekologija*), pedijatrije, anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja (u daljnjem tekstu i tablicama *anesteziologija*); psihijatrije. U kliničkom bolničkom centru, na odjelima obuhvaćenim istraživanjem zaposleno je ukupno 870 djelatnika, 259 doktora medicine (u daljnjem tekstu i tablicama *liječnici*) i 611 medicinskih sestara/tehničara (u daljnjem tekstu *medicinske sestre*; u tablicama *sestre*). U općoj bolnici, županijskoj, zaposleno je na tim odjelima 226 djelatnika, 61 liječnika i 165 medicinske sestre. Sudjelovanje je bilo u potpunosti anonimno i dragovoljno. Ispitanicima su podijeljene zatvorene, neoznačene omotnice, u kojima se nalazio upitnik i obavijest ispitanika o istraživanju. Obavijest ispitanika o istraživanju sadržavala je osnovne podatke o istraživanju, cilju, postupku, povjerljivosti, pravima i dragovoljnosti. Upitnici su podijeljeni na jutarnjim sastancima i na tjednim edukativnim sastancima. Upitnik se nakon ispunjavanja stavljao u omotnicu. Ispitanici su omotnice osobno predavali istraživačici ili su ostavljali u neoznačenim kutijama u sestrijskoj sobi te su glavne sestre predale kutije istraživačici.

4.2. ETIČKE DOPUSNICE

Istraživanje je odobreno od Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta u Zagrebu. U tu svrhu zatražene su i dobivene dopusnice etičkih povjerenstava i ravnatelja za provođenje istraživanja u obje bolnice.

4.3. UPITNICI U ISTRAŽIVANJU

Upitnici *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6), Upitnik Svjetske zdravstvene organizacije *Health and Work Performance Questionnaire* (WHO HPQ) i *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPOSC) su prevedeni na hrvatski jezik (Prilog 2, 3 i 4). Svaki upitnik je prevodio zasebni prevoditelj s engleskog na hrvatski, a zatim su prevedeni na engleski od strane neovisnog, visokokvalificiranog prevoditelja za medicinske tekstove koji nije vidio izvorne upitnike (7).

4.3.1. KRATKI OBLIK STANFORDSKE LJESTVICE ZA MJERENJE PREZENTIZMA (SPS-6)

Upitnikom, Kratki oblik stanfordske ljestvice za mjerenje prezentizma [engl. *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6)], ispituje se prezentizam, konkretno prezentizam zbog bolesti (Prilog 2) (115). Upitnikom se ispituje produktivnost ispitanika u zadnjih mjesec unatoč postojanju ispitanikovog zdravstvenog problema. SPS-6 upitnik, kojeg je razvila Koopman sa suradnicima, mjeri percepciju radnikove sposobnosti da prevlada tjelesne i/ili psihološke probleme i unatoč njima završava posao, prevladava stresove posla, može se usredotočiti i imati dovoljno energije (8). Upitnik ima dobra psihometrijska svojstva s dobrom validnosti i visokom unutrašnjom konzistencijom (8).

1. Zbog mog zdravstvenog problema*, puno mi je teže bilo svladavati stresove na poslu
2. Unatoč mom zdravstvenom problemu*, mogao/mogla sam završiti i teške zadatke svog rada
3. Moj me je zdravstveni problem* lišio zadovoljstva u radu
4. Zbog svog zdravstvenog problema osjećao/la sam se beznadno pri rješavanju nekih radnih zadataka
5. Unatoč mom zdravstvenom problemu bio/bila sam sposoban koncentrirati na postizanje ciljeva na poslu

6. Unatoč mom zdravstvenom problemu, imao/la sam dovoljno energije da završim sav svoj posao

*za primjer se mogu koristiti deskriptori poput bolova u leđima, kardiovaskularnih problema, bolesti, problema s želucem ili bilo koji drugi odgovarajući deskriptori

Odgovori se ocjenjuju Likertovom skalom od 1 do 5 (116). Broj 1 ima značenje *Izričito se ne slažem*, 2 - *ne slažem se*, 3 - *ni jedno ni drugo*, 4 - *slažem se* te 5 - *izričito se slažem*.

4.3.2. KRATKI OBLIK LJESTVICE SVJETKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA MJERENJE ZDRAVLJA I RADNE UČINKOVITOSTI

Kratki oblik ljestvice Svjetske zdravstvene organizacije za mjerenje zdravlja i radne učinkovitosti [engl. *World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (WHO HPQ)*], autora Kesslera i suradnika (35, 114, 117), instrument je za procjenu troškova na radnom mjestu uzrokovanih zdravstvenim problema u smislu smanjenog radnog učinka, bolovanja i ozljeda na radu/ozljeda. Upitnik mjeri apsentizam i prezentizam. Apsentizam se mjeri kao broj izgubljenih radnih sati u razdoblju od tjedan dana i mjesec dana. Viši broj izgubljenih sati pokazuje i višu stopu apsentizma. Prezentizam se mjeri kao trenutačni radni učinak u odnosu na najbolji mogući radni učinak. Za razliku od apsentizma, viši rezultat označava manju količinu izgubljenog radnog učinka. Upitnikom se ispituje percepcija vlastitog radnog učinka u zadnjih mjeseca dana te u usporedbi s drugim zaposlenicima na sličnim radnim mjestima (Prilog 3). Upitnik se sastoji od 6 pitanja i 5 potpitanja:

1. Koliko ste ukupno sati radili u zadnjih 7 dana?
2. Koliko sati očekuje vaš poslodavac da radite u prosječnom tjednu (7 dana)?
3. Molim Vas da razmislite o Vašem radnom iskustvu u zadnja 4 tjedana (28 dana).

Upišite broj dana koliko ste proveli u svakoj od navedenih radnih situacija:

U zadnja 4 tjedana (28 dana) koliko ste dana:

- (a) izostali čitav dan zbog problema u vezi sa svojim fizičkim ili duševnim zdravljem?

- (b) Koliko ste dana zadnja 4 tjedna izostali čitav dan s posla iz bilo kojeg razloga? (uključivo i odmor)
 - (c) Koliko ste dana zadnja 4 tjedna izostali dio radnog dana zbog problema u vezi sa svojim fizičkim ili duševnim zdravljem?
 - (d) Koliko ste dana zadnja 4 tjedna izostali dio radnog dana iz bilo kojeg razloga? (uključivo i odmor)
 - (e) došli ranije na posao, otišli kasnije s posla ili radili na slobodan dan?
4. Koliko ste ukupno sati radili u zadnja 4 tjedna (28 dana)?
 5. Na ljestvici od 0 do 10, gdje 0 označava najgori radni učinak koji bi netko mogao imati na Vašem radnom mjestu, a 10 najbolji radni učinak najboljeg radnika, kako biste ocijenili uobičajen radni učinak većine radnika koji rade na radnom mjestu sličnom Vašem?
 6. Koristeći istu ljestvicu od 0 do 10, kako biste ocijenili Vaš uobičajeni radni učinak u zadnjih godinu-dvije dana?
 7. Koristeći istu ljestvicu od 0 do 10, kako biste ocijenili Vaš cjelokupni radni učinak onih dana kada ste radili zadnja 4 tjedana (28 dana)?

Odgovori na pitanja 1.- 4. su brožčani. Odgovori na pitanja 5. – 7. mjeri se Likertovom skalom 0-10, pri čemu 0 označava najlošiji radni učinak, a 10 najbolji radni učinak. Upitnik ima dobra psihometrijska svojstva s dobrom validnosti i visokom unutrašnjom konzistencijom (118).

4.3.3. BOLNIČKO ISTRAŽIVANJE O KULTURI BOLESNIKOVE SIGURNOSTI

Upitnik *Bolničko istraživanje o kulturi bolesnikove sigurnosti* [engl. *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*], razvijen je u *Agency for Healthcare Research and Quality* u Sjedinjenim Američkim Državama. *Upitnikom o kulturi bolesnikove sigurnosti u bolnici* ispituje se stavovi zdravstvenih djelatnika o bolesnikovoj sigurnosti, pogreškama u liječenju te o izvještavanju o neželjenim događajima u bolnici (67, 68). Upitnik ima dobra psihometrijska svojstva s dobrom validnosti i unutrašnjom konzistencijom (7, 68). Upitnik se sastoji od 42 pitanja dizajnirana tako da mjere 12 dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti (Tablica 1, 2 i 3

te Prilog 4). Postoje i dva ishoda koje se mjere jednim pitanjem (Razina sigurnosti bolesnika i Broj izvještaja o neželjenom događaju). Deset dimenzija mjeri kulturu bolesnikove sigurnosti na razini odjela i dvije na razini bolnice (*Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* te *Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju*). Od 42 pitanja, 18 pitanja je postavljeno „s negativnog gledišta“ (U Tablici 1. i 2. označeno slovom „i“) te se posljedično moraju inverzno kodirati za interpretaciju. Pitanja su podjeljena u 9 odjeljaka (A=*Vaš odjel*, B=*Vaš rukovoditelj*, C=*Komunikacije*, D=*Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja*, E=*Razina sigurnosti bolesnika*, F=*Vaša bolnica*, G=*Broj izvještaja o neželjenom događaju*, H=*Osobni podaci*, I=*Vaši komentari*). Na većinu pitanja odgovara se kroz 5 stupnjeva Likertove ljestvice. Pitanja u 9 dimenzija nude odgovore na pitanja sa slažem se/ne slažem se (1=*izričito se ne slažem*, 2=*ne slažem se*, 3=*ni jedno ni drugo*, 4=*slažem se*, 5=*izričito se slažem*), a 3 dimenzije nude odgovore na pitanja nikad/uvijek (1=*nikad*, 2=*rijetko*, 3=*ponekad*, 4=*često*, 5=*uvijek*). Na pitanje o razini i bolesnikove sigurnosti (E1) također se odgovara uporabom Likertove ljestvice (A=*odlična*, B=*vrlo dobra*, C=*prihvatljiva*, D=*loša*, E=*nikakva*). Pitanje o broju ispunjenih i poslanih izvještaja o neželjenom događaju (G1) te su mogući odgovori Niti jedan; 1 do 2; 3 do 5; 6 do 10; 11 do 20 i 21 i više (18, 68, 119).

Upitnik ispituje i osobne podatke:

1. Koliko dugo radite u ovoj bolnici?
2. Koliko dugo radite na svom trenutnom radnom mjestu/odjelu?
3. Koliko obično sati tjedno radite u ovoj bolnici?
4. Koja je vaša pozicija u ovoj bolnici?
5. Jeste li na svom poslu u neposrednom kontaktu s bolesnicima?
6. Koliko dugo radite u svom trenutnom zvanju/specijalizaciji?

Odgovori na ova pitanja su kategorijski. Odgovori na pitanja 1. (Koliko dugo radite u ovoj bolnici?), 2. (Koliko dugo radite na svom trenutnom radnom mjestu/odjelu?) i 6. (Koliko dugo radite u svom trenutnom zvanju/specijalizaciji?) su kategorije a=*Manje od 1 godine*, b=*1 do 5 godina*, c=*6 do 10 godina*, d=*11 do 15 godina*, e=*16 do 20 godina*, f=*21 godina ili više*.

Odgovori na pitanje 3 (Koliko obično sati tjedno radite u ovoj bolnici?) su a=*manje od 20 sati tjedno*, b=*20 do 39 sati tjedno*, c=*40 do 59 sati tjedno*, d=*60 do 79 sati tjedno*, e=*80 do 99 sati tjedno* i f=*100 sati tjedno ili više*).

Odgovor na pitanje 4. (Koja je vaša pozicija u ovoj bolnici?) su a=*medicinska sestra*, b=*viša medicinska sestra*, c=*odjelni liječnik*, d=*specijalizant*. Za potrebe ovog istraživanja, koristili smo moguće odgovore a=*medicinska sestra*, b=*liječnik*.

Zadnji odjeljak je pitanje otvorenog tipa *Slobodno upišite bilo kakav komentar o sigurnosti bolesnika, pogreškama ili prijavi neželjenih događaja u svojoj bolnici?* Upitnik također sadržava pitanje: *Koje je vaše primarno mjesto rada ili odjel u bolnici?*, a ponuđeni su odgovori: *Više različitih odjela/ni jedan posebno, Medicinski (ne-kirurški), Kirurški, Ginekologije i porodništvo, Pedijatrija, Hitni prijem, Intenzivna njega, Psihijatrija, Radiologija, Rehabilitacija i Anesteziologija*. Sukladno ovim ponuđenim odgovorima, ispitanici s odjela neurologije, također i zbog jako malog broja ovih ispitanika, grupirani su u Internistički odjeli, zajedno s ispitanicima s odjela interne medicine. Ispitanici koji radne na odjelima anesteziologije, reanimacije i intenzivnog liječenja odgovarali su na ovo pitanje s odgovorom anesteziologija te je sukladno tome odgovor Intenzivna isključen iz ovog pitanja.

Tablica 1. Dimenzije kulture bolesnikove sigurnosti na razini bolnice i čestice koje ih tvore

DIMENZIJE KULTURE BOLESNIKOVE SIGURNOSTI	
D01	Popunjenost osobljem
A2	Na odjelu imamo dovoljno osoblja za obavljanje svih radnih zadataka
A5i	Osoblje na ovom odjelu radi dulje no što je poželjno s gledišta bolesnikove sigurnosti
A7i	Koristimo više osoblja za povremenu ispomoć nego što je potrebno u cilju pružanja najbolje njege
A14i	Radimo po "kriznom modelu" nastojeći učiniti što više, što brže
D02	Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju
A8i	Osoblje osjeća da se njihove greške usmjeravaju protiv njih
A12i	Kada se prijavi neželjeni događaj, osjeća se kao da se ukazuje na osobu, a ne na problem
A16i	Osoblje se boji da će pogreške koje su im se dogodile ostati zabilježene u njihovom dosjeu
D03	Organizacijsko učenje – kontinuirano poboljšanje
A6	Mi aktivno poduzimamo mjere za poboljšanje bolesnikove sigurnosti
A9	Na ovom odjelu, pogreške se dovode do pozitivnih promjena
A13	Nakon što uvedemo promjene da bismo poboljšali bolesnikovu sigurnost, procjenjujemo učinkovitost
D04	Pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenom događaju
C1	Dobivamo povratnu informaciju o promjenama uvedenim na osnovi prijave neželjenih događaja
C3	Informirani smo o pogreškama koje se dogode na odjelu
C5	Na ovom odjelu raspravljamo o načinima kako spriječiti ponavljanje pogrešaka
D05	Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja
D1	Kada se dogodi pogreška, ali bude uočena i ispravljena prije no što naštetiti bolesniku, koliko često to prijavite?
D2	Kada se dogodi pogreška, ali ne može izazvati štetne posljedice za bolesnika, koliko često to prijavite?
D3	Kada se dogodi pogreška koja može naškoditi bolesniku, ali nije naškodila, koliko često to prijavite?
D06	Komunikacijska otvorenost
C2	Osoblje slobodno upozorava ako uoči nešto što može imati negativan učinak na liječenje bolesnika
C4	Osoblje se osjeća slobodnim preispitivati odluke ili postupke pretpostavljenih
C6i	Osoblje se boji postavljati pitanja kad im se čini da nešto nije u redu
D07	Timski rad unutar odjela
A1	Na ovom odjelu zaposlenici podupiru jedni druge
A3	Kada u kratkom vremenu treba obaviti mnogo posla, radimo zajedno radimo kao tim
A4	Na ovom odjelu ljudi poštuju jedni druge
A11	Kada dio odjela bude zatrpan poslom, ostali priskoče u pomoć

Legenda: Slova predstavljaju 9 odjeljaka po kojima su pitanja podjeljena (A=Vaš odjel, B=Vaš rukovoditelj, C=Komunikacije, D=Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja, E=Razina sigurnosti bolesnika, F=Vaša bolnica, G=Broj izvještaja o neželjenom događaju). Označeno slovom „i“ je 18 pitanja postavljeno „s negativnog gledišta“ te se posljedično moraju inverzno kodirati za interpretaciju

Tablica 2. Dimenzije kulture bolesnikove sigurnosti na razini odjela i čestice koje ih tvore – nastavak tablice 1.

DIMENZIJE KULTURE BOLESNIKOVE SIGURNOSTI	
D08	Timski rad između bolničkih odjela
F4	Dobra je suradnja među bolničkim odjelima koji trebaju raditi zajedno
F10	Bolnički odjeli dobro zajedno surađuju da bi bolesnicima pružili najbolju skrb
F2i	Bolnički odjeli ne surađuju najbolje međusobno
F6i	Često je neugodno raditi s osobljem s drugih bolničkih odjela
D09	Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost
B1	Moj rukovoditelj izražava pohvalu kada je posao obavljen prema usvojenim principima bolesnikove sigurnosti
B2	Moj rukovoditelj uzima u obzir prijedloge osoblja za poboljšanje bolesnikove sigurnosti
B3i	U slučaju povećane količine posla moj rukovoditelj traži od nas da radimo brže, čak i po cijenu rada na prečac
B4i	Moj rukovoditelj zanemaruje probleme bolesnikove sigurnosti koji se opetovano ponavljaju
D10	Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost
F1	Bolnički menadžment stvara klimu koja poboljšava bolesnikovu sigurnost
F8	Aktivnosti bolničkog menadžmenta pokazuju da je bolesnikova sigurnost vrhunski prioritet
F9i	Čini se da se bolnički menadžment zanima za bolesnikovu sigurnost samo nakon što je do neželjenog događaja došlo
D11	Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice
F3i	Dokumentacija se zametne prilikom premještanja bolesnika s jednog odjela na drugi
F5i	Važni podaci o liječenju bolesnika često se izgube prilikom primopredaje službe
F7i	Problemi uvijek nastanu pri razmjeni informacija između bolničkih odjela
F11i	Promjene smjena su za bolničke bolesnike problematične
D12	Opća percepcija bolesnikove sigurnosti
A15	Nikada ne žrtvujemo bolesnikovu sigurnost da bi napravili više posla
A18	Naši postupci i organizacija rada dobro preveniraju pogreške
A10i	Prava je slučajnost da se ovdje ne događaju puno ozbiljnije pogreške
A17i	Na ovom odjelu imamo problema sa bolesnikovom sigurnosti

Legenda: Slova predstavljaju 9 odjeljaka po kojima su pitanja podjeljena (A=Vaš odjel, B=Vaš rukovoditelj, C=Komunikacije, D=Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja, E=Razina sigurnosti bolesnika, F=Vaša bolnica, G=Broj izvještaja o neželjenom događaju). Označeno slovom „i“ je 18 pitanja postavljeno „s negativnog gledišta“ te se posljedično moraju inverzno kodirati za interpretaciju

Tablica 3. Ishodi kulture bolesnikove sigurnosti koje se mjere jednim pitanjem

Razina sigurnosti bolesnika	
E1	Ocijenite prosječnu razinu bolesnikove sigurnosti na svom radnom mjestu/odjelu
Broj izvještaja o neželjenom događaju	
G1	U posljednjih 12 mjeseci, koliko ste izvještaja o neželjenom događaju ispunili i poslali?

Legenda: Slova predstavljaju 9 odjeljaka po kojima su pitanja podjeljena (A=Vaš odjel, B=Vaš rukovoditelj, C=Komunikacije, D=Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja, E=Razina sigurnosti bolesnika, F=Vaša bolnica, G=Broj izvještaja o neželjenom događaju). Označeno slovom „i“ je 18 pitanja postavljeno „s negativnog gledišta“ te se posljedično moraju inverzno kodirati za interpretaciju

4.4. VARIJABLE U ISTRAŽIVANJU

Ostale varijable dobivene su temeljem upitnika *Bolničko istraživanje o kulturi bolesnikove sigurnosti* [engl. *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*] koje su ispitanici ispunjavali samostalno (engl. *self-administered questionnaire*) Uzeti su se demografski podaci o zanimanju, dobi i spolu ispitanika.

4.4.1. KRATKI OBLIK STANFORDSKE LJESTVICE ZA MJERENJE PREZENTIZMA (SPS-6)

SPS-6 zbrojni rezultat se dobiju konverzijom rezultata za pitanja 1., 3. i 4. (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) i zbrojem tih reverznih (r) rezultata s rezultatima ostalih pitanja prema sljedećoj formuli:

$$\text{SPS-6} = \text{pitanje 1r} + \text{pitanje 2} + \text{pitanje 3r} + \text{pitanje 4r} + \text{pitanje 5} + \text{pitanje 6}$$

Raspon rezultata je od **6 do 30**. Rezultat ukazuje na postojanje ili odsutstvo prezentizma u ispitanika (8). Međutim, u metodološkom radu o *Stanford Presenteeism Scale* nije bilo jasnih uputa što je razdjelna točka na skali prezentizma (engl. *cut-off score*) (8), a bila je potrebna jasna brojčana granica kako odrediti koji rezultat odlučuje gdje je granica između prezentizma i ne-prezentizma kao bi se mogla napraviti daljnja statistička analiza. Granica *prezentizma zbog bolesti* određena je analizom interkvartilnog raspona te je postavljena u doljnjoj kvartili, što je iznosilo **18 i niže** (116). U osobnoj komunikaciji s autorima upitnika, dobivena su saznanja da oni smatraju da je granica 18 (120). Rezultate valja interpretirati u kontekstu ljestvica i izračuna kojima se mjeri *prezentizam zbog bolesti*: što je manja vrijednost SPS-6 skora to je više *prezentizma zbog bolesti*.

4.4.2. KRATKI OBLIK LJESTVICE SVJETSKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA MJERENJE ZDRAVLJA I RADNE UČINKOVITOSTI (WHO HPQ)

Kao mjera apsentizma uzeta je varijabla Relative absenteeism 7-day estimate. Metodološka istraživanja ovog upitnika pokazala su da se ispitanik lakše prisjeća koliko je sati radio u posljednjih 7 dana nego koliko je radio u posljednja 4 tjedna (35).

Apsentizam izražava se kao **omjer razlike očekivanih i odrađenih radnih sati, i očekivanih radnih sati**, a kreće se između negativnog broja (ispitanik radi više nego što se očekivalo) i 1,0 (uvijek je odsutan). Kao kriterij za apsentizam, uzela se vrijednost 0,1 i više. To bi značilo da je ispitanik odsutan 10% radnog vremena u posljednjih 7 dana (gotovo jedan radni dan).

Apsentizam= $[4 \times \text{pitanje B4 (Koliko sati očekuje vaš poslodavac da radite u prosječnom tjednu?)} - \text{pitanje B3 (Koliko ste ukupno sati radili u zadnjih 7 dana?)}] / [4 \times \text{pitanje B4 (Koliko sati očekuje vaš poslodavac da radite u prosječnom tjednu?)}]$

Prezentizam mjeri se tako da ispitanik na ljestvici 0-10 ocijeni svoj radni učinak (pitanje B9) i radni učinak većine radnika koji rade na sličnom radnom mjestu (pitanje B11). Prezentizam je **omjer samoprocjenjenog radnog učinka ispitanika u usporedbi s njegovom procjenom radnog učinka većine radnika koji rade na sličnom radnom mjestu**. Moguće su vrijednosti distribucije od 0,25 (ispitanik radi 25% ili manje od radnog učinka većine radnika) do 2 (ispitanik radi 200% ili manje od radnog učinka većine radnika)(35). Kao kriterij prezentizma uzete su vrijednosti od 0,25 do 0,8 te su na taj način dihotomizirani prezentisti od neprezentista.

Rezultate valja interpretirati u kontekstu ljestvica i izračuna kojima se mjeri prezentizam: što je manja vrijednost WHO HPQ skora to je više prezentizma.

Prezentizam= pitanje B11 (**Koristeći ljestvicu od 0 do 10, kako biste ocijenili Vaš cjelokupni radni učinak onih dana kada ste radili zadnja 4 tjedana (28 dana)?**)/ pitanje B9 (**Na ljestvici od 0 do 10, gdje 0 označava najgori radni učinak koji bi netko mogao imati na Vašem radnom mjestu, a 10 najbolji radni učinak najboljeg radnika, kako biste ocijenili uobičajen radni učinak većine radnika koji rade na radnom mjestu sličnom Vašem?**)

4.4.3. BOLNIČKO ISTRAŽIVANJE O KULTURI BOLESNIKOVE SIGURNOSTI (HSOPSC)

Tablice 1, 2 i 3. prikazuju sva pitanja i na koji način tvore dimenzije. Da bi se dobio rezultat za svaku od 12 dimenzija, potrebno je prvo inverzno kodirati pitanja A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11 jer su postavljena „s negativnog gledišta“ (označeno slovom „i“). Nakon toga se izračunava prosječna vrijednost svih pitanja koja čine tu dimenziju (18). Za analizu podataka o kulturi bolesnikove sigurnosti autori upitnika namijenili su programsku podršku *Microsoft Excel Data Entry and Reporting Tool*. Rezultati se iskazuju kao izračuni odgovora za svih 12 dimenzija i za svih 42 pitanja.

Pozitivni rezultati su oni gdje je postotak odgovora ocijenjenih s 4 i 5 (*Slažem se, Izričito se slažem te Često i Uvijek*) u pozitivno kodiranim pitanjima, odnosno sa 1 i 2 u negativno kodiranim pitanjima (*Izričito se ne slažem, Ne slažem se te Nikad, Rijetko*).

Neutralni rezultati su postotak odgovora koji su ocijenjeni s 3 (*Ni jedno, ni drugo, Ponekad*).

Negativni rezultati su oni gdje je postotak odgovora ocijenjenih sa 1 i 2 (*Izričito se ne slažem, Ne slažem se te Nikad, Rijetko*) u pozitivno kodiranim pitanjima, odnosno s 4 i 5 u negativno kodiranim pitanjima (*Slažem se, Izričito se slažem te Često i Uvijek*).

Prvo je potrebno izračunati postotak pozitivnih odgovora za sva pitanja. Postotak pozitivnih odgovora za svako pitanje izračunava se tako da se prvo dijeli broj pozitivnih odgovora s ukupnim broje pozitivnih, neutralnih i negativnih odgovora na ta pitanja (osim nedostajućih odgovora) za svako pitanje koje tvori dimenziju.

Kompozitni rezultat (rezultat mjerenja 12 dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti) izračunava se za svaku bolnicu tako da se izračuna prosjek postotka pozitivnih odgovora na

pitanja koja tvore određenu dimenziju. Na primjer, za dimenziju koja se sastoji od 3 pitanja, čiji su odgovori bili 50%, 55% i 60%, kompozitni rezultat za tu dimenziju bi bio prosjek triju postotaka pozitivnih odgovora odnosno 55%. Podaci se na sličan način mogu interpretirati kada su dobiveni statističkom analizom u programskoj podršci SAS te se tada interpretiraju kriterijem $3 <$ slabost, $3 =$ neutralno, > 3 snaga (121).

Rezultati za pitanja *Ocijenite prosječnu razinu sigurnosti bolesnika na svom radnom mjestu/odjelu i U posljednjih 12 mjeseci, koliko ste izvještaja o neželjenom događaju ispunili i poslali?* su razine bolesnikove sigurnosti koje se mjere jednim pitanjem.

4.5. STATISTIČKA ANALIZA

Distribucije kvantitativnih podataka analizirane na normalnost Smirnov-Kolmogorovljevim testom, pokazale su normalnu distribuciju. Stoga su u analizi korišteni parametrijski analitički postupci. Distribucije su opisane konvencionalnim mjerama deskriptivne statistike (aritmetička sredina, medijan (M), minimalna (min) i maksimalna vrijednost (max) te interkvartilni raspon (IQR). Analizirane su t-testom i ANOVA analizom. Distribucije kvalitativnih podataka analizirane su χ^2 testom ili po potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Varijabla dob pokazala je odstupanje od normalne distribucije.

Redukcije dimenzionalnosti multidimenzionalnog prostora kulture bolesnikove sigurnosti učinjena je faktorskom analizom po komponentnim modelom primjenom Keiserov kriterija. Na dobivene kompozitne varijable primjenjena je Varimax rotacija (116).

Odnos prezentizma i apsentizma s kulturom bolesnikove sigurnosti, analiziran je linearnom regresijskom analizom.

Razlike u latentnim dimenzijama kulture bolesnikove sigurnost među odjelima istražene su diskriminacijskom analizom.

U analizi je korištena programska podrška SAS 9.1, licencirana za Sveučilišni računalni centar (SRCE, site:0082452005). Rezultati su interpretirani na 5%-tnoj razini značajnosti.

5. REZULTATI

5.1. OBILJEŽJA ISPITANIKA

Ukupno je obuhvaćeno 863 liječnika i medicinskih sestara, a stopa odgovora je 62%, što čini 595 ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju. Njih 399 (stopa odgovora 62%) iz kliničkog bolničkog centra (KBC) i 196 (stopa odgovora 87%) iz opće županijske bolnice (OŽB). Ispitanici nisu odgovorili na svako postavljeno pitanje te se ukupni broj ispitanika razlikuje u pojedinim rezultatima.

U prikazu obilježja ispitanika korišteni su demografski podaci (zanimanje, dob i spol) te podaci koji su dobiveni upitnikom *Bolničko istraživanje o kulturi bolesnikove sigurnosti* [engl. *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*]: mjesto rada, koliko dugo radite u ovoj bolnici, koliko dugo radite na svom radnom mjestu (odjelu), koliko dugo radite u svom zvanju/specijalizaciji, koliko sati tjedno radite, jeste li u neposrednom kontaktu s bolesnicima, broj prijavljenih neželjenih događaja i razina bolesnikove sigurnosti.

Dvije trećine ispitanika činile su medicinske sestre, konzistentno u obje ispitivane bolnice. Sudjelovalo je ukupno 150 liječnika i 445 medicinskih sestara. Iz kliničkog bolničkog centra sudjelovalo je 105 liječnika i 294 medicinskih sestara, a iz opće županijske bolnice 45 liječnika i 151 medicinskih sestara (Tablica 4).

5.1.1. MJESTO RADA (ODJEL)

Najveći broj ispitanika je s internističkih odjela (42,35%) s ukupno 52 liječnika i 200 medicinskom sestrom, zatim s kirurških odjela (18,82%) s 26 liječnika i 86 medicinskih sestara; anesteziologija (11,60%) s 29 liječnika i 40 medicinskih sestara, pedijatrija (10,08%) sa 14 liječnika i 46 medicinskih sestara, ginekologija (9,07%) s 9 liječnika i 45 medicinskih sestara, psihijatrija (8,08%) s 20 liječnika i 28 medicinskih sestara.

U istraživanju je na svim odjelima sudjelovao je statistički značajno veći broj medicinskih sestara nego liječnika, između odjela obje bolnice [χ^2 (5)=28,47, $p<0,001$] te između

ispitivanih odjela u KBC-u [χ^2 (5)=22,48, $p<0,001$], u korist medicinskih sestara na internističkim odjelima (Tablica 4.).

Tablica 4. Struktura ispitanika po strukama prema mjestu rada u promatranim bolnicama

ODJELI	KBC		OŽB		UKUPNO	
	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N(%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)
INTERNISTIČKI	37 (20,7)	142 (79,3)	15 (20,6)	58 (79,4)	52 (20,6)	200 (79,4)
KIRURŠKI	12 (22,2)	42 (77,8)	14 (24,1)	44 (75,9)	26 (23,2)	86 (76,8)
GINEKOLOGIJA	5 (15,6)	27 (84,4)	4 (18,2)	18 (81,8)	9 (16,7)	45 (83,3)
PEDIJARIJA	8 (18,6)	35 (81,4)	6 (35,3)	11 (64,7)	14 (23,3)	46 (76,7)
ANESTEZIOLOGIJA	26 (48,0)	24 (52,0)	3 (15,8)	16 (84,2)	29 (42,0)	40 (58,0)
PSIHIJARIJA	17 (41,5)	24 (58,5)	3 (42,9)	4 (57,1)	20 (41,7)	28 (58,3)
UKUPNO	105 (26,3)	294 (73,7)	45 (23,0)	151 (77,0)	150 (25,2)	445 (74,8)

Odgovorilo je 595 ispitanika

5.1.2. SPOL

Od 595 ispitanika, 504 je ispitanika odgovorilo na ovo pitanje, 88 muškaraca i 416 žena (Tablica 5).

U cjelokupnom uzorku, kao i u KBC, žene čine većinu i u sestrinstvu i među liječnicima, za razliku od OŽB gdje muškarci čine većinu među liječnicima (Tablica 5). Nađena je statistički značajna razlika po spolu i zanimanju u korist žena, medicinskih sestri u KBC-u ($\chi^2(1)=58,1$, $p<0,001$) i u OŽB ($\chi^2(1)=43,93$, $p<0,001$).

Tablica 5. Struktura ispitanika po spolu

	KBC		OŽB		UKUPNO	
	LIJEČNICI N(%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N(%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N(%)	SESTRE N (%)
MUŠKARCI	38 (68,9)	18 (31,1)	21 (67,7)	10 (32,3)	60 (68,2)	28 (31,8)
ŽENE	64 (19,3)	267 (80,7)	7 (8,2)	78 (91,8)	71 (17,1)	345 (82,9)
UKUPNO	102 (26,4)	285 (73,6)	28 (24,1)	88 (75,9)	131 (25,99)	373 (74,01)

Odgovorilo je 504 ispitanika

5.1.3. DOB

Medijan za dob za sve ispitanike bio je 37 godina, medijan dobi ispitanika iz KBC-a bio je 36, dok je medijan dobi ispitanika bio 43 (Tablica 6). Nađena je statistički značajna razlika u dobi, ispitanici u KBC-u bili su mlađi od ispitanika u OŽB ($p < 0,001$, Mann-Whitneyev U test).

Tablica 6. Deskriptivne vrijednosti za dob u promatranim bolnicama

	Medijan	Minimum	Maksimum	IQR	N
KBC	36	18	64	29-46	362/399
OŽB	43	22	62	34-50	110/196
UKUPNO	37	18	64	30-47	472/595

Odgovorilo je 472 ispitanika

Liječnici i medicinske sestre u KBC-u mlađi su od liječnika i medicinskih sestara u OŽB (za liječnike $p = 0,013$; za sestre $p = 0,003$ Mann-Whitneyev U test), (Tablica 7.)

Tablica 7. Deskriptivne vrijednosti za dob ispitanika prema zanimanjima u promatranim bolnicama

	KBC		OŽB		UKUPNO	
	LIJEČNICI	SESTRE	LIJEČNICI	SESTRE	LIJEČNICI	SESTRE
Medijan	34	37	40,5	45	35	39
Minimum	25	18	25	22	25	18
Maksimum	64	64	62	59	64	64
IQR	30-42	28-47	35-53	33-50	30-43	30-49
N	100/105	262/294	26/45	84/151	126/150	346/445

Odgovorilo je 472 ispitanika

5.1.4. STAŽ U OVOJ BOLNICI

Najveći broj ispitanika odgovorio je da radi u ovoj bolnici 21 godinu i više, većinom medicinske sestre, što je i statistički značajno [$\chi^2(5)=58,05$, $p<0,001$] (Tablica 8). Najveći broj liječnika u KBC-u radi 1-5 godina u toj bolnici, dok najveći broj medicinskih sestara radi 21 godinu i više [$\chi^2(5)=48,1$, $p<0,001$]. U OŽB najveći broj i liječnika i sestara radi u toj bolnici 21 godinu i više (Fisherov egzaktni test: $p<0,014$).

Tablica 8. Struktura ispitanika prema duljini rada u bolnici u promatranim bolnicama

	KBC		OŽB		UKUPNO	
	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N(%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)
Manje od 1 godine	19 (39,6)	29 (60,4)	4 (80,0)	1 (20,0)	23 (43,4)	30 (56,6)
1 do 5 godina	30 (46,9)	34 (53,1)	5 (38,5)	8 (61,5)	35 (45,4)	42 (54,6)
6 do 10 godina	23 (39,0)	36 (61,0)	7 (31,8)	15 (68,2)	30 (37)	51 (63)
11 do 15 godina	13 (30,2)	30 (69,8)	7 (23,3)	23 (76,7)	20 (27,4)	53 (72,6)
16 do 20 godina	9 (17,0)	44 (83,0)	6 (23,1)	20 (76,9)	15 (19,0)	64 (81,0)
21 godina ili više	10 (7,9)	117 (92,1)	14 (14,7)	81 (85,3)	24 (10,9)	197 (89,1)
UKUPNO	104 (26,4)	290 (73,6)	43 (22,6)	147 (77,4)	147 (25,2)	437 (74,8)

Odgovorilo je 584 ispitanika

5.1.5 STAŽ NA ODJELU

Najveći broj sestara u ukupnom uzorku, odgovorilo je da radi na odjelu 21 godinu i više, što je statistički značajno [$\chi^2(5)=37,79$, $p<0,001$] dok je najveći broj liječnika odgovorilo da radi 1-5 godina (Tablica 10). U KBC-u je najveći broj liječnika odgovorilo da radi 1-5 godina, kao i najveći broj sestara, ali među distribucijama duljine rada na trenutnom radnom mjestu nađena je statistički značajna razlika u korist medicinskih sestara [$\chi^2(5)=32,36$, $p<0,001$]. Najveći broj liječnika u OŽB odgovorio je da radi od 16 do 20 godina, međutim vrlo sličan broj liječnika odgovorilo je da radi od 6 do 10 godina. Najveći broj sestara odgovorilo je da radi 21 godinu ili više.

Tablica 9. Struktura ispitanika prema duljini rada na trenutnom radnom mjestu u promatranim bolnicama

	KBC		OŽB		UKUPNO	
	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N(%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)
Manje od 1 godine	33 (40,7)	48 (59,3)	6 (28,6)	15 (71,4)	39 (38,2)	63 (61,8)
1 do 5 godina	36 (36,0)	64 (64,0)	6 (30,0)	14 (70,0)	42 (35,0)	78 (65,0)
6 do 10 godina	16 (28,1)	41 (71,9)	10 (34,5)	19 (65,5)	26 (30,2)	60 (69,8)
11 do 15 godina	9 (20,0)	36 (80,0)	4 (12,5)	28 (87,5)	13 (16,9)	64 (83,1)
16 do 20 godina	6 (13,3)	39 (86,7)	11 (31,4)	24 (68,6)	17 (21,3)	63 (78,8)
21 godina ili više	4 (6,1)	62 (93,9)	6 (11,3)	47 (88,7)	10 (8,3)	109 (91,7)
UKUPNO	104 (26,4)	290 (73,6)	43 (22,6)	147 (77,4)	147(25,2)	437 (74,8)

Odgovorilo je 584 ispitanika

5.1.6. STAŽ U ZVANJU/SPECIJALIZACIJI

U KBC-u je najveći broj liječnika odgovorilo da radi 1-5 godina, a sestre 21 godinu ili više [što čini statistički značajnu razliku u korist medicinskih sestara, $\chi^2(5)=70,6$, $p<0,001$] (Tablica 10). Najveći broj liječnika u OŽB odgovorilo je da radi 6-10 godina, a najveći broj sestara odgovorilo je da radi 21 godinu ili više [što je također statistički značajno u korist medicinskih sestara (Fisherov egzaktni test: $p<0,001$). Nađena je statistički značajna razlika u cjelokupnom uzorku u korist medicinskih sestara [$\chi^2(5)=83,03$, $p<0,001$].

Tablica 10. Struktura ispitanika prema duljini rada zvanju/specijalizaciji u promatranim bolnicama

	KBC		OŽB		UKUPNO	
	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)
Manje od 1 godine	13 (27,7)	34 (72,3)	4 (100,0)	0 (0,0)	17 (33,3)	34 (66,7)
1 do 5 godina	49 (59,0)	34 (41,0)	9 (37,5)	15 (62,5)	58 (54,2)	49 (45,8)
6 do 10 godina	19 (30,6)	43 (69,4)	11 (37,9)	18 (62,1)	30 (33,0)	61 (67,0)
11 do 15 godina	7 (17,5)	33 (82,5)	4 (12,9)	27 (87,1)	11 (15,5)	60 (84,5)
16 do 20 godina	4 (8,3)	44 (91,7)	6 (20,7)	23 (79,3)	10 (13,0)	67 (87,0)
21 godina ili više	12 (10,5)	102 (89,5)	8 (11,1)	64 (88,9)	20 (10,8)	166 (89,2)
UKUPNO	104 (26,4)	290 (73,6)	42 (22,2)	147 (77,8)	146 (25,0)	437 (75,0)

Odgovorilo je 583 ispitanika

5.1.7. TJEDNO RADNO OPTEREĆENJE U SATIMA

Najveći broj ispitanika odgovorilo je da tjedno radi 40-59 sati, što je bilo konzistentno kako u cjelokupnom uzorku, tako i u svakoj bolnici (Tablica 12). Statistički značajna razlika između liječnika i sestara nađena je u OŽB, u korist medicinskih sestara (Fisherov egzaktni test: $p < 0,001$).

Tablica 11. Struktura ispitanika prema duljini rada tjedno u promatranim bolnicama

	KBC		OŽB		UKUPNO	
	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N(%)	SESTRE N (%)	LIJEČNICI N (%)	SESTRE N (%)
Manje od 20 sati tjedno	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (100)
20 do 39 sati tjedno	6 (19,4)	25 (80,6)	1 (10,0)	9 (90,0)	7 (17,1)	34 (82,9)
40 do 59 sati tjedno	91 (27,4)	241 (72,6)	31 (19,1)	131 (80,9)	122 (24,7)	372 (75,3)
60 do 79 sati tjedno	7 (25,9)	20 (74,1)	9 (75,0)	3 (25,0)	16 (41,0)	23 (59,0)
80 do 99 sati tjedno	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (33,3)	2 (66,7)
100 sati tjedno ili više	0 (0,0)	2 (100,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (25,0)	3 (75,0)
UKUPNO	104 (26,5)	289 (73,5)	43 (22,6)	147 (77,4)	147 (25,2)	436 (74,8)

Odgovorilo je 583 ispitanika

5.1.8. NEPOSREDAN KONTAKT S BOLESNICIMA

Gotovo svi ispitanici (97,9%) u neposrednom su kontaktu s bolesnicima (Tablica 13).

Tablica 12. Struktura ispitanika prema neposrednom kontaktu s bolesnicima u promatranim bolnicama

			DA	NE
KBC	LIJEČNICI	N (%)	103 (99,99)	1 (0,01)
	SESTRE	N (%)	281 (96,9)	9 (3,1)
OŽB	LIJEČNICI	N (%)	42 (97,7)	1 (2,3)
	SESTRE	N (%)	147 (100,0)	0 (0,0)
UKUPNO	LIJEČNICI	N (%)	145 (98,6)	2 (1,4)
	SESTRE	N (%)	428 (97,9)	9 (2,1)
	SVI ISPITANICI	N (%)	573 (98,12)	11 (1,88)

Odgovorilo je 584 ispitanika

5.1.9. BROJ IZVJEŠTAJA O NEŽELJENOM DOGAĐAJU

Najveći broj ispitanika odgovorio je sa *niti jedan* (u KBC 70,80%, a u OŽB 92,70%). Najmanji broj je odgovorio *11 do 20* i *21 i više*. Statistički značajno manji broj izvještaja o neželjenom događaju ispunjen je u OŽB-u (Fisherov egzaktni test: $p < 0,001$) (Tablica 13).

Tablica 13. Rezultati ispunjenog broja izvještaja o neželjenom događaju

	KBC N (%)	OŽB N (%)	UKUPNO N
Niti jedan	274 (70,8)	177 (92,7)	451
1 do 2	40 (10,3)	12 (6,3)	52
3 do 5	30 (7,8)	1 (0,5)	31
6 do 10	26 (6,7)	0 (0,0)	26
11 do 20	8 (2,1)	1 (0,5)	9
21 i više	9 (2,3)	0 (0,0)	9
UKUPNO	387	191	578

Odgovorilo je 578 ispitanika

5.1.10. RAZINA BOLESNIKOVE SIGURNOSTI

Najveći je broj ispitanika ocijenio *Razinu bolesnikove sigurnosti* kao vrlo dobru (u KBC-u 46,20%; 183/396, u OŽB 40,90%; 76/186) (Tablica 14). U distribucijama ocjene razine bolesnikove sigurnosti razlika je statistički značajna u korist OŽB (Fisherov egzaktni test: $p < 0,001$).

Tablica 14. Rezultati ocijenjene razine bolesnikove sigurnosti

	KBC N (%)	OŽB N (%)	UKUPNO N
Odlična	64 (16,2)	63 (33,9)	127
Vrlo dobra	183 (46,2)	76 (40,9)	259
Prihvatljiva	139 (35,1)	42 (22,6)	181
Loša	9 (2,3)	5 (2,7)	14
Nikakva	1 (0,3)	0 (0,0)	1
UKUPNO	396	186	582

Odgovorilo je 582 ispitanika

5.2 UČESTALOST PREZENTIZMA I APSENTIZMA U ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA

Analize su napravljene na razini svake pojedine bolnice te stratificirano prema odjelima i prema zanimanju.

5.2.1. PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI

U 33,31% ispitanika, uočen je *prezentizam zbog bolesti*. Aritmetička sredina vrijednosti skora *prezentizma zbog bolesti* je $\bar{x} = 20,81$, $SD = 3,92$ u KBC-u te $\bar{x} = 21,78$, $SD = 3,78$ u OŽB. Ukupno 118 ispitanika imalo graničnu vrijednost skora.

Učestalost *prezentizma zbog bolesti* razlikuje se unutar svake pojedine bolnice. U OŽB je učestalost 24,29%, dok je u KBC 37,43%. Ta je razlika statistički značajna u korist KBC-a [$\chi^2(1) = 9,52$, $p = 0,002$].

Oko trećina liječnika u obje ispitivane bolnice došlo je raditi kad su bili bolesni (34,40% u KBC-u i 31,70% u OŽB-u) (Tablica 15). Učestalost *prezentizma zbog bolesti* u medicinskih sestara različita je od onih u liječnika. Učestalost *prezentizma zbog bolesti* gotovo je dvostruko veća u medicinskih sestara u KBC-u (39,60%) usporedbi s medicinskim sestrama u OŽB (22%). Ta je razlika i statistički značajna [$\chi^2(1) = 12,72$, $p < 0,001$].

Tablica 15. Učestalost *prezentizma zbog bolesti* i deskriptivne mjere skora prema zanimanju u promatranim bolnicama

BOLNICA	ZANIMANJE	UČESTALOST (%)	ARITMETIČKA SREDINA SPS-6 SKORA	SD	MIN	MAX
KBC	LIJEČNIK	33/105 (34,4%)	22,25	4,55	11	30
	SESTRA	116/293 (39,6%)	20,45	3,62	11	30
OŽB	LIJEČNIK	13/41 (31,7%)	21,56	3,64	15	30
	SESTRA	30/136 (22,0%)	21,92	3,63	13	30

Odgovorilo je 575 ispitanika

Analizom skora po odjelima, najveća je učestalost *prezentizma zbog bolesti* zabilježena na internističkim odjelima u KBC-u (41,34%) i u OŽB (21,87%). Na svakom ispitivanom odjelu, postoje i liječnici i medicinske sestre u kojih je zabilježen je *prezentizam zbog bolesti* (Tablica 16). Nađena je statistički značajno viša učestalost *prezentizma zbog bolesti* u korist KBC-a. Rezultat je konzistentan za odjele interne [$\chi^2(1)= 7,73$, $p=0,005$], kirurgije [$\chi^2(1)= 4,73$, $p=0,03$] te ginekologije [$\chi^2(1)= 6$, $p=0,014$].

Tablica 16. Učestalost prezentizma zbog bolesti po odjelima u ispitivanim bolnicama

PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI	UČESTALOST	
	KBC	OŽB
INTERNISTIČKI ODJELI *	74/179	14/64
KIRURŠKI ODJELI **	24/53	13/52
GINEKOLOGIJA ***	15/32	3/21
PEDIJARIJA	10/43	6/16
ANESTEZIOLOGIJA	15/50	3/17
PSIHIJARIJA	11/41	4/7

* $\chi^2(1)= 7,73$, $p=0,005$; ** $\chi^2(1)= 4,73$, $p=0,03$; *** $\chi^2(1)= 6$, $p=0,014$
Odgovorilo je 575 ispitanika

Analizom *prezentizma zbog bolesti* po strukama nađena je statistički značajna razlika između liječnika i medicinskih sestara na odjelima ginekologije (Fisherov egzaktni test: $p=0,023$) te psihijatrije (Fisherov egzaktni test: $p=0,047$), obje u korist liječnika (Tablica 17).

Tablica 17. Učestalost prezentizma zbog bolesti prema zanimanjima i mjestu rada u ispitivanim bolnicama

PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI		UČESTALOST	
		KBC	OŽB
INTERNISTIČKI ODJELI	LIJEČNICI	13/37	2/14
	SESTRE	61/142	11/50
KIRURŠKI ODJELI	LIJEČNICI	4/12	3/13
	SESTRE	20/40	8/39
GINEKOLOGIJA *	LIJEČNICI	3/5	2/4
	SESTRE	12/27	1/17
PEDIJARIJA	LIJEČNICI	3/8	2/5
	SESTRE	8/35	3/11
ANESTEZIOLOGIJA	LIJEČNICI	6/26	0/2
	SESTRE	8/24	3/15
PSIHIJARIJA **	LIJEČNICI	7/17	3/3
	SESTRE	5/24	1/4

* Fisherov egzaktni test: $p=0,023$; ** Fisherov egzaktni test: $p=0,047$
Odgovorilo je 575 ispitanika

5.2.2. PREZENTIZAM I APSENTIZAM

PREZENTIZAM

Učestalost prezentizma niska je u obje ispitivane bolnice. Prezentizam, odnosno niža radna učinkovitost, nađen je većinom u medicinskih sestara. Najniža je učestalost zabilježena u OŽB (nitijedan liječnik i samo 4 medicinske sestre) (Tablica 18). U KBC-u je zabilježen prezentizam kod 6,73% liječnika te 9,56% medicinskih sestara.

Tablica 18. Učestalost prezentizma i deskriptivne mjere skora prema zanimanju u promatranim bolnicama

BOLNICA	ZANIMANJE	UČESTALOST (%)	ARITMETIČKA SREDINA SKORA PREZENTIZMA	SD	MIN	MAX
KBC	LIJEČNIK	7/104 (6,73)	1,11	0,29	0,38	2
	SESTRA	28/293 (9,56)	1,08	0,27	0,3	2
OŽB	LIJEČNIK	0/28 (0,00)	1,1	0,26	0,88	2
	SESTRA	4/147 (2,72)	1,09	0,24	0,7	2

Odgovorilo je 572 ispitanika

Usporedbom po strukama na pojedinim odjelima, prezentizam je utvrđen izuzetno rijetko, pritom rjeđe u OŽB (Tablica 19). Nađena je statistički značajna razlika učestalosti prezentizma između KBC-a i OŽB za kirurške odjele [$\chi^2(1)=5,15$, $p=0,023$].

Tablica 19. Učestalost prezentizma po odjelima u ispitivanim bolnicama

PREZENTIZAM	UČESTALOST	
	KBC	OŽB
INTERNISTIČKI ODJELI	13/179	2/63
KIRURŠKI ODJELI *	12/53	0/54
GINEKOLOGIJA	3/32	0/22
PEDIJARIJA	2/43	1/14
ANESTEZIOLOGIJA	3/49	1/16
PSIHIJARIJA	2/41	0/6

* $\chi^2(1)=5,15$; $p=0,023$

Odgovorilo je 572 ispitanika

Najveću učestalost prezentizma su imale medicinske sestre na internističkim odjelima 9,15% i medicinske sestre na kirurškim odjelima 21,95% u KBC-u (Tablica 20). Najveći broj ispitanika koji su ocijenili vlastitu radnu učinkovitost manju od radne učinkovitosti drugih radnika su medicinske sestre na internistički odjelima KBC, za razliku od liječnika od kojih nitijedan nije tako ocijenio svoju radnu učinkovitost.

Tablica 20. Učestalost prezentizma prema zanimanjima i mjestu rada u ispitivanim bolnicama

PREZENTIZAM		UČESTALOST	
		KBC	OŽB
INTERNISTIČKI ODJELI	LIJEČNICI	0/37	0/8
	SESTRE	13/142	2/55
KIRURŠKI ODJELI	LIJEČNICI	3/12	0/10
	SESTRE	9/41	0/44
GINEKOLOGIJA	LIJEČNICI	0/5	0/4
	SESTRE	3/27	0/18
PEDIJARIJA	LIJEČNICI	1/8	0/3
	SESTRE	1/35	1/11
ANESTEZIOLOGIJA	LIJEČNICI	1/25	0/1
	SESTRE	2/24	1/15
PSIHIJARIJA	LIJEČNICI	2/17	0/2
	SESTRE	0/24	0/4

Odgovorilo je 572 ispitanika

APSENTIZAM

Ukupno je 90 (16,60%) ispitanika bilo odsutno 10% radnog vremena i više, od kojih je 19 ispitanika bilo odsutno 30% i više radnog vremena te samo 9 ispitanika u cjelokupnom uzorku koji su bili odsutni 40% radnog vremena i više.

Prosječne vrijednosti apsentizma bile su vrlo blizu nuli (ispitanik radi onoliko koliko se očekuje), tj. između -0,04 i -0,09. Liječnici u KBC-u radili su prosječno 4% više radnog vremena nego što se to od njih očekivalo, a liječnici u OŽB do 9%.

U KBC-u su liječnici (24%) imali statistički značajno višu učestalost apsentizma od medicinskih sestara (14,54%), [$\chi^2(1)=4,63$, $p=0,043$], dok su u OŽB višu učestalost imale medicinske sestre. Najniža je učestalost nađena u liječnika u OŽB (2/25), dok su medicinske sestre imali dvostruko veću učestalost (16,90%) (Tablica 21).

Tablica 21. Učestalost apsentizma i deskriptivne mjere skora prema zanimanju u promatranim bolnicama

BOLNICA	ZANIMANJE	UČESTALOST (%)	ARITMETIČKA SREDINA SKORA APSENTIZMA	SD	MIN	MAX
KBC	LIJEČNIK*	24/100 (24,0)	-0,04	0,18	-0,5	0,33
	SESTRA	40/275 (14,54)	-0,05	0,21	-1,05	0,67
OŽB	LIJEČNIK	2/25 (8,0)	-0,09	0,25	-0,6	0,67
	SESTRA*	24/142 (16,90)	-0,07	0,23	-1,05	0,43

* $\chi^2(1)=4,63$, $p=0,043$

Odgovorilo je 542 ispitanika

Od ukupnog broja zdravstvenih djelatnika koji su izostali (njih 90), 64 ih je iz KBC-a, a 26 iz OŽB (Tablica 22).

Tablica 22. Učestalost apsentizma po odjelima u ispitivanim bolnicama

APSENTIZAM	UČESTALOST	
	KBC	OŽB
INTERNISTIČKI ODJELI	29/165	13/61
KIRURŠKI ODJELI	5/51	4/53
GINEKOLOGIJA	7/31	6/20
PEDIJARIJA	5/41	0/11
ANESTEZIOLOGIJA	11/50	2/16
PSIHIJARIJA	7/37	1/6

Odgovorilo je 542 ispitanika

Najveći broj apsentista čine medicinske sestre na internističkim odjelima KBC-a (23/131) (Tablica 23). Na ostalim odjelima KBC-a, učestalost apsentistima među liječnici i medicinskim sestrama je mala. Apseentizam je u OŽB zabilježen gotovo isključivo u medicinskih sestara. Nađena je statistički značajna razlika između liječnika i medicinskih sestara, u korist liječnika, na kirurškim odjelima.

Tablica 23. Učestalost apsentizma prema zanimanjima i mjestu rada u ispitivanim bolnicama

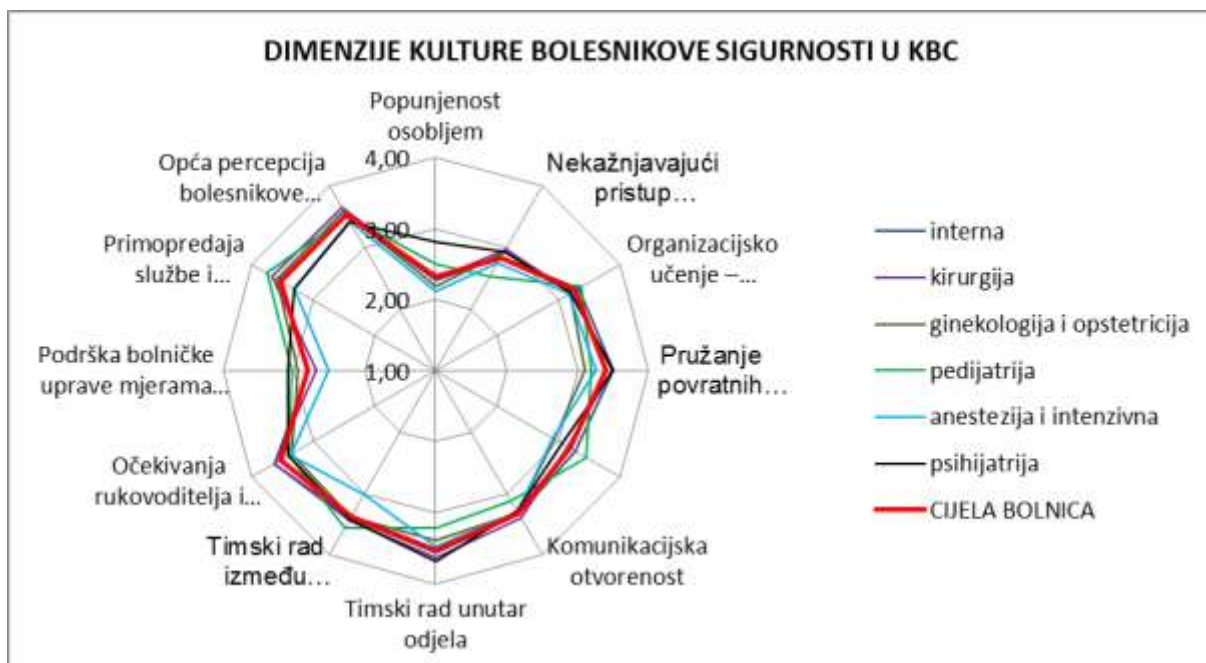
APSENTIZAM		UČESTALOST	
		KBC	OŽB
INTERNISTIČKI ODJELI	LIJEČNICI	6/34	1/7
	SESTRE	23/131	12/54
KIRURŠKI ODJELI	LIJEČNICI	4/11*	0/9
	SESTRE	1/40*	4/44
GINEKOLOGIJA	LIJEČNICI	0/5	1/4
	SESTRE	7/26	5/16
PEDIJARIJA	LIJEČNICI	1/8	0/2
	SESTRE	4/33	0/9
ANESTEZIOLOGIJA	LIJEČNICI	8/26	0/1
	SESTRE	3/24	2/15
PSIHIJARIJA	LIJEČNICI	5/16	0/2
	SESTRE	2/21	1/4

* Fisherov egzakti test: $p=0,003$
Odgovorilo je 542 ispitanika

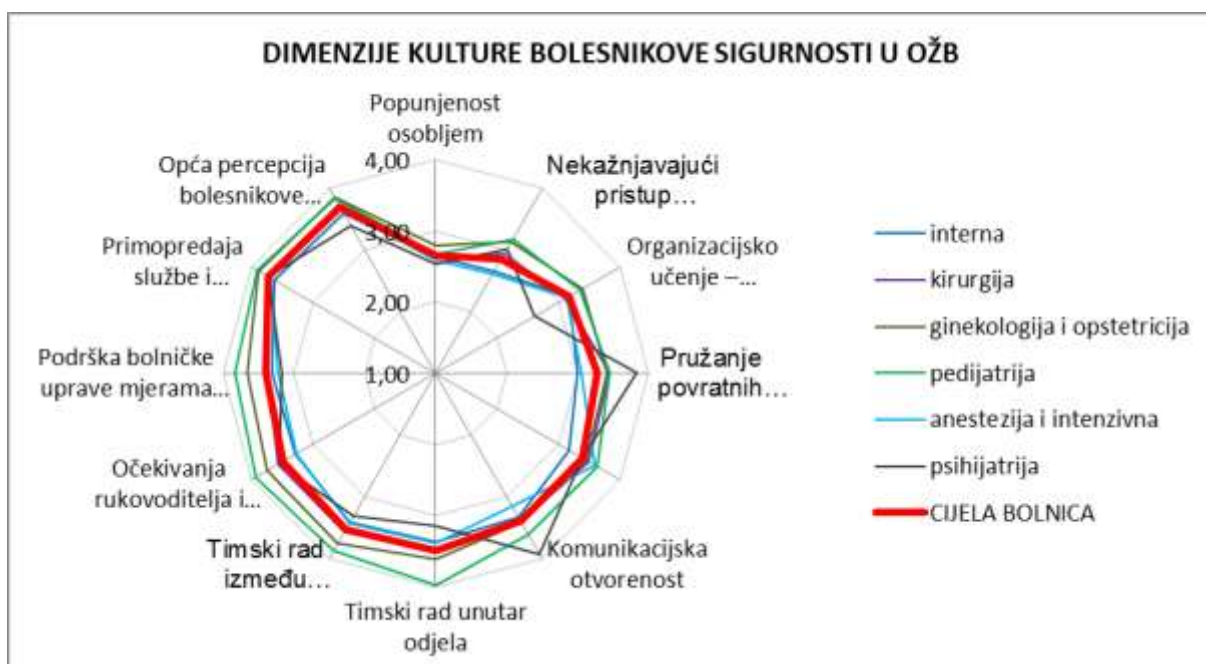
5.3. KULTURA BOLESNIKOVE SIGURNOSTI

Ukupno je 591 ispitanik odgovorio na ovaj upitnik, 397 iz KBC-a i 194 iz OŽB. Analizom dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti u KBC i u OŽB vidljivo je da postoje različite kulture u svakoj bolnici (Slika 1 i Slika 2). U obje je bolnice visoka razina kulture bolesnikove sigurnosti (većina dimenzija ima vrijednosti veću od 3). Kultura bolesnikove sigurnosti viša je u OŽB nego u KBC. Ono što je zajedničko objema bolnicama je:

1. dimenzije koje ukazuju na slabost kulture bolesnikove sigurnost *Popunjenost osobljem, Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju* imale su najniže vrijednosti (vrijednost nižu od 3)
2. većina dimenzija (devet) ima vrijednost višu od 3 (ukazuju na snagu kulture bolesnikove sigurnosti)
3. dimenzije *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* te *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* imaju najviše izmjerene vrijednosti.



Slika 1. Dimenzije kulture bolesnikove sigurnosti u KBC



Slika 2. Dimenzije kulture bolesnikove sigurnosti u OŽB

5.3.1. ANALIZA KULTURE BOLESNIKOVE SIGURNOSTI UNUTAR BOLNICA

U KBC-u je devet od dvanaest dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti imalo vrijednost višu od 3 (*snaga*) a najvišu izmjerenu vrijednost imala je dimenzija *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* ($\bar{x}=3,8$, $SD=0,67$). Tri su dimenzije imale vrijednost manju od 3, odnosno to su područja *slabosti* kulture bolesnikove sigurnosti u ovoj bolnici [*Popunjenost osobljem* ($\bar{x}=2,33$, $SD=0,62$), *Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju* ($\bar{x}=2,84$, $SD=0,76$) i *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* ($\bar{x}=2,81$, $SD=0,79$)] (Slika 1). Dimenzije koje se odnose na neželjene događaje i prijavljivanje neželjenih događaja pokazuju da se: neželjeni događaji prijavljuju ($\bar{x}=3,18$, $SD=1,19$; snaga); pružaju se povratne informacije i raspravlja se o neželjenim događajima ($\bar{x}=3,4$, $SD=0,81$) te provodi organizacijsko učenje iz neželjenih događaja kako bi se poboljšala kultura bolesnikove sigurnosti ($\bar{x}=3,27$, $SD=0,61$). Također je nađeno da su *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* imaju najvišu ocjenu ($\bar{x}=3,53$, $SD=0,72$), a da je *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* mala ($\bar{x}=2,81$, $SD=0,79$) (Slika 1).

Srednje vrijednosti dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti na internističkim i kirurškim odjelima gotovo da prate vrijednosti bolnice (Slika 1). Područja *slabosti* kulture bolesnikove sigurnosti na internističkim i kirurškim odjelima KBC-a su isti kao i na razini cijele bolnice [*Popunjenost osobljem* (internistički odjeli $\bar{x}=2,28$, $SD=0,65$; kirurški odjeli $\bar{x}=2,3$, $SD=0,58$), *Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju* (internistički odjeli $\bar{x}=2,86$, $SD=0,84$; kirurški odjeli $\bar{x}=2,97$, $SD=0,75$) i *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* (internistički odjeli $\bar{x}=2,78$, $SD=0,79$; kirurški odjeli $\bar{x}=2,68$, $SD=0,75$)]. Ostale su dimenzije imale vrijednost višu od 3 (*snaga*). Na internističkim je odjelima najvišu vrijednost imala dimenzija *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* imaju najvišu ocjenu ($\bar{x}=3,63$, $SD=0,75$), a na kirurškim *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* ($\bar{x}=3,67$, $SD=0,74$).

Odjel anesteziologije prati vrijednost bolnice, međutim ima najniže vrijednosti među svim odjelima. Četiri dimenzije imalo je srednje vrijednosti niže od 3 [*Popunjenost osobljem* ($\bar{x}=2,11$, $SD=0,54$), *Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju* ($\bar{x}=2,75$, $SD=0,66$), *Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja* ($\bar{x}=2,9$, $SD=1,21$) i *Podrška bolničke uprave*

mjerama za bolesnikovu sigurnost ($\bar{x}=2,51$, $SD=0,82$)]. Najvišu izmjerenu vrijednosti imala je dimenzija *Timski rad između bolničkih odjela* ($\bar{x}=3,48$, $SD=0,71$).

Odjel pedijatrije pak pokazuje sasvim drugačije vrijednosti od ostalih odjela, u pojedinim dimenzijama čak dijametralno suprotne [*Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju* ($\bar{x}=2,52$, $SD=0,67$), *Pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenom događaju* ($\bar{x}=3,19$, $SD=0,74$), *Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja* ($\bar{x}=3,45$, $SD=0,94$), *Komunikacijska otvorenost* ($\bar{x}=3,12$, $SD=0,58$), *Timski rad unutar odjela* ($\bar{x}=3,22$, $SD=0,64$) te *Timski rad između bolničkih odjela* ($\bar{x}=3,55$, $SD=0,54$)].

Odjel psihijatrije također ima vlastitu krivulju koja se u pojedinim dimenzijama razlikuje od ostalih odjela. Primjerice, u dimenzijama koje su *slabost* kulture bolesnikove sigurnosti, ima najviše vrijednosti [*Popunjenost osobljem* ($\bar{x}=2,82$, $SD=0,54$), *Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju* ($\bar{x}=2,75$, $SD=0,66$) i *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* ($\bar{x}=3,03$, $SD=0,73$)]. Za dimenzije *Pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenom događaju* ($\bar{x}=3,49$, $SD=0,73$) te *Timski rad unutar odjela* ($\bar{x}=3,68$, $SD=0,67$) ima najviše izmjerene prosječne vrijednosti, dok u dimenzijama koja su, uvjetno rečeno, najveća snaga bolnice [*Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* ($\bar{x}=3,3$, $SD=0,67$) te *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* ($\bar{x}=3,4$, $SD=0,61$)] ima, uz odjel anesteziologije, najniže vrijednosti.

Razlika u vrijednostima među odjelima je statistički značajna za četiri dimenzije. Nađena je statistički značajna razlika za dimenziju *Popunjenost osobljem* između odjela psihijatrije ($\bar{x}=2,82$, $SD=0,54$) s jedne strane i internističkih ($\bar{x}=2,28$, $SD=0,65$) i kirurških odjela ($\bar{x}=2,3$, $SD=0,58$), ginekologije ($\bar{x}=2,19$, $SD=0,57$) te anesteziologije ($\bar{x}=2,11$, $SD=0,54$) s druge strane [$F(5,391)=8,2$, $p<0,001$, ANOVA]. Za dimenziju *Timski rad između bolničkih odjela* [$F(5,391)=3,8$, $p=0,002$, ANOVA] nađena je statistički značajna razlika između odjela anesteziologije ($\bar{x}=3,02$, $SD=0,68$) i internističkih ($\bar{x}=3,41$, $SD=0,69$), kirurških odjela ($\bar{x}=3,43$, $SD=0,66$) te pedijatrije ($\bar{x}=3,55$, $SD=0,54$). Za dimenziju *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* nađena je statistički značajna razlika između odjela anesteziologije ($\bar{x}=2,51$, $SD=0,82$) i pedijatrije ($\bar{x}=3,04$, $SD=0,58$) te psihijatrije ($\bar{x}=3,09$, $SD=0,73$) [$F(5,391)=3,78$, $p=0,001$]. Nađena je statistički značajna razlika između odjela pedijatrije ($\bar{x}=3,74$, $SD=0,52$) i anesteziologije ($\bar{x}=3,31$, $SD=0,74$) te psihijatrije ($\bar{x}=3,3$, $SD=0,67$) za dimenziju *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* [$F(5,391)=3,35$, $p=0,006$].

U OŽB deset dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti ima vrijednosti više od 3 (*snaga* kulture bolesnikove sigurnosti), pri čemu *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* ($\bar{x}=3,72$, $SD=0,65$) te *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* ($\bar{x}=3,69$, $SD=0,68$) imaju najviše izmjerene vrijednosti. Dimenzije *Popunjenost osobljem* ($\bar{x}=2,65$, $SD=0,7$) i *Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju* ($\bar{x}=2,86$, $SD=0,85$) imaju najniže vrijednosti te ukazuju na *slabost* kulture bolesnikove sigurnosti (vrijednosti niže od 3). Krivulje kulture odjela ginekologije i pedijatrije slične su kulturi bolnice, s nešto višim vrijednostima. Na odjelu ginekologije samo je jedna dimenzija imala vrijednost nižu od 3 [*Popunjenost osobljem* ($\bar{x}=2,79$, $SD=0,63$)], a najviša izmjerena vrijednost nađena je za dimenziju *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* ($\bar{x}=3,88$, $SD=0,63$). Na odjelu pedijatrije također je samo jedna dimenzija imala vrijednost nižu od 3 [*Popunjenost osobljem* ($\bar{x}=2,79$, $SD=0,63$)], dok je dimenzija *Timski rad unutar odjela* ($\bar{x}=3,97$, $SD=0,86$) imala najvišu izmjerenu vrijednosti.

Krivulje kulture bolesnikove sigurnosti na internističkim i kirurškim odjelima također prate krivulju kulture bolesnikove sigurnosti bolnice, a njihove su vrijednosti međusobno bliže. Na oba odjela najnižu je vrijednost imala dimenzija *Popunjenost osobljem* (internistički odjeli $\bar{x}=2,28$, $SD=0,65$; kirurški odjeli $\bar{x}=2,3$, $SD=0,58$). Na internističkim odjelima najvišu izmjerenu vrijednost imala je dimenzija *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* ($\bar{x}=3,63$, $SD=0,6$), a na kirurškim odjelima *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* ($\bar{x}=3,74$, $SD=0,69$).

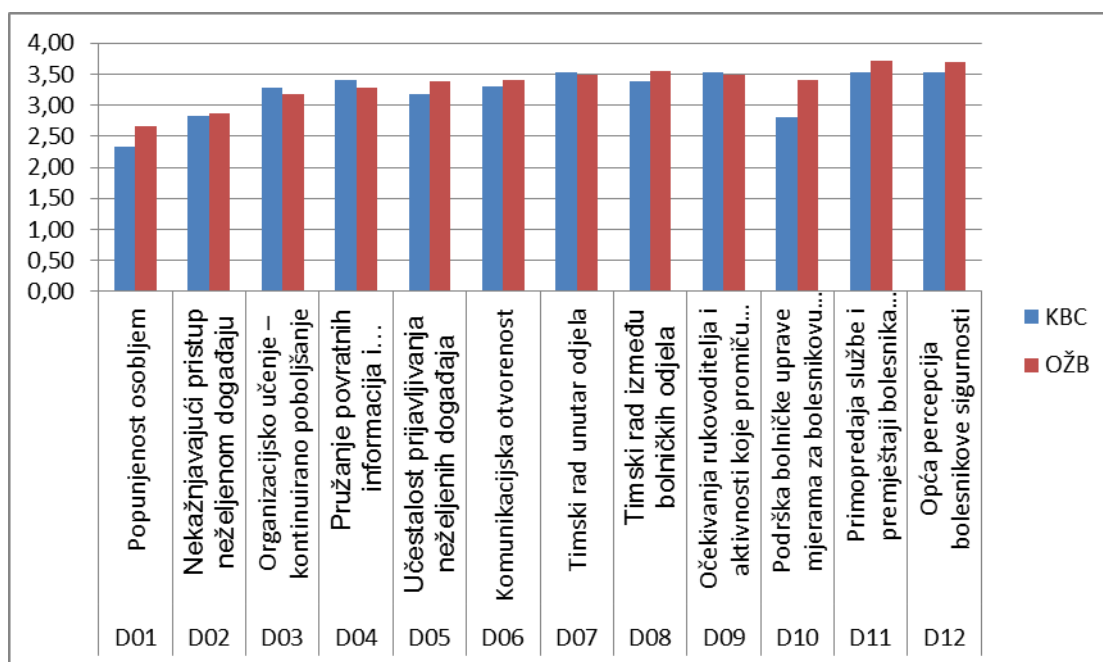
U ovoj bolnici *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* ($\bar{x}=3,49$, $SD=0,86$) i *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* ($\bar{x}=3,4$, $SD=0,85$) imaju vrlo slične ocjene što bi značilo da bolnička uprava podržava aktivnosti koje trebaju ispuniti očekivanja.

Odjel psihijatrije i odjel anesteziologije pokazuju vlastitu kulturu. Tok krivulje koja opisuje vrijednosti kulture bolesnikove sigurnosti potpuno je drugačija od one koja opisuje kulturu čitave bolnice. Štoviše, kultura ova dva odjela u većini je dimenzija dijametralno suprotna, odnosno dimenzije koje su na većini odjela *snaga*, na ovom su odjelu *slabost* [za odjel psihijatrije su to dimenzije *Organizacijsko učenje – kontinuirano poboljšanje* ($\bar{x}=2,61$, $SD=0,83$), *Pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenom događaju* ($\bar{x}=3,83$, $SD=0,62$), *Komunikacijska otvorenost* ($\bar{x}=3,93$, $SD=0,43$) te *Timski rad unutar odjela* ($\bar{x}=3,14$, $SD=0,92$), a za odjel anesteziologije *Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju* (\bar{x}

=2,61, SD=0,82), *Pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenom događaju* (\bar{x} =3,05, SD=0,67) i *Komunikacijska otvorenost* (\bar{x} =3,16, SD=0,61)].

5.3.2. ANALIZA KULTURE BOLESNIKOVE SIGURNOSTI IZMEĐU BOLNICA

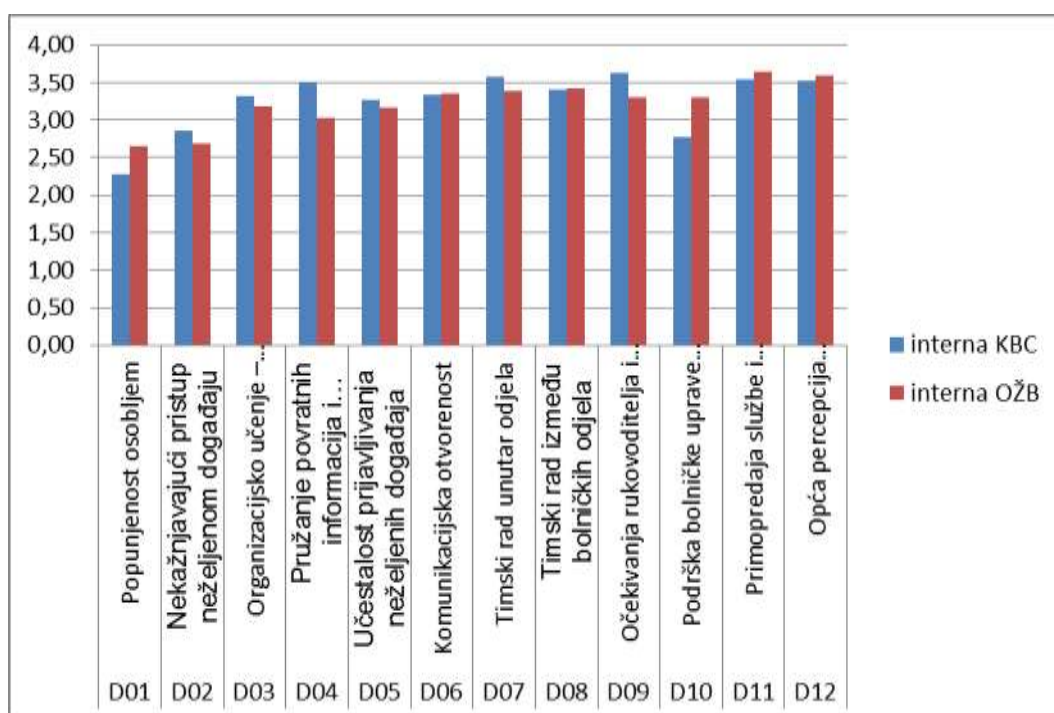
Kultura bolesnikove sigurnosti u OŽB viša je od one u KBC. Analizom kulture bolesnikove sigurnosti između obje bolnice, nađene su statistički značajne razlike za ukupno pet dimenzija u korist OŽB: *Popunjenost osobljem* [t(586)=5,644, p<0,001], *Timski rad između bolničkih odjela* [t(588)=8,284, p=0,005], *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* [t(585)=8,284, p<0,001], *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* [t(587)=3,211, p=0,001] i *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* [t(589)=2,845, p=0,005] (Slika 3).



Slika 3. Usporedni prikaz vrijednosti dimenzija bolesnikove sigurnosti po bolnicama

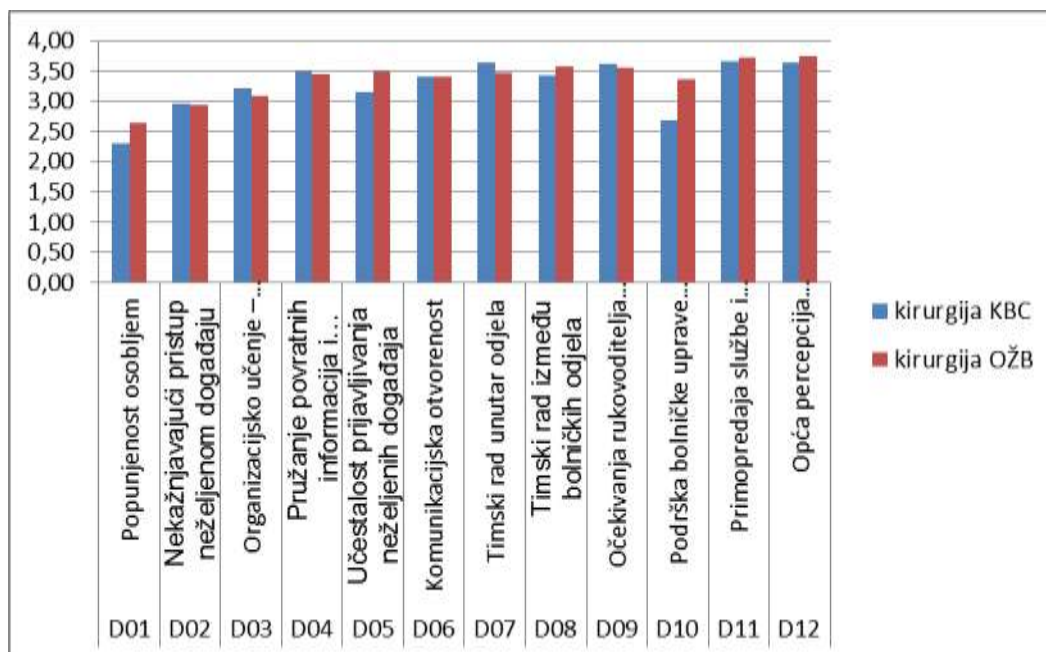
Usporedbom pokazatelja kulture bolesnikove sigurnosti na istoimenim odjelima KBC i OŽB (internistički odjeli KBC-a i internistički odjeli OŽB, itd.) nađena je statistički značajna razlika između svih odjela.

Između internističkih odjela KBC-a i internističkih odjela OŽB, nađena je statistički značajna razlika za četiri dimenzije. Dimenzije *Popunjenost osobljem* [$t(249)=3,89$, $p<0,001$] i *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* [$t(249)=4,610$, $p<0,001$] pokazale su statistički značajnu razliku u korist OŽB, dok su dimenzije *Pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenom događaju* [$t(243)=-3,808$, $p<0,001$] i *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* [$t(247)=-2,841$, $p=0,005$] pokazale statistički značajnu razliku u korist KBC (Slika 4).



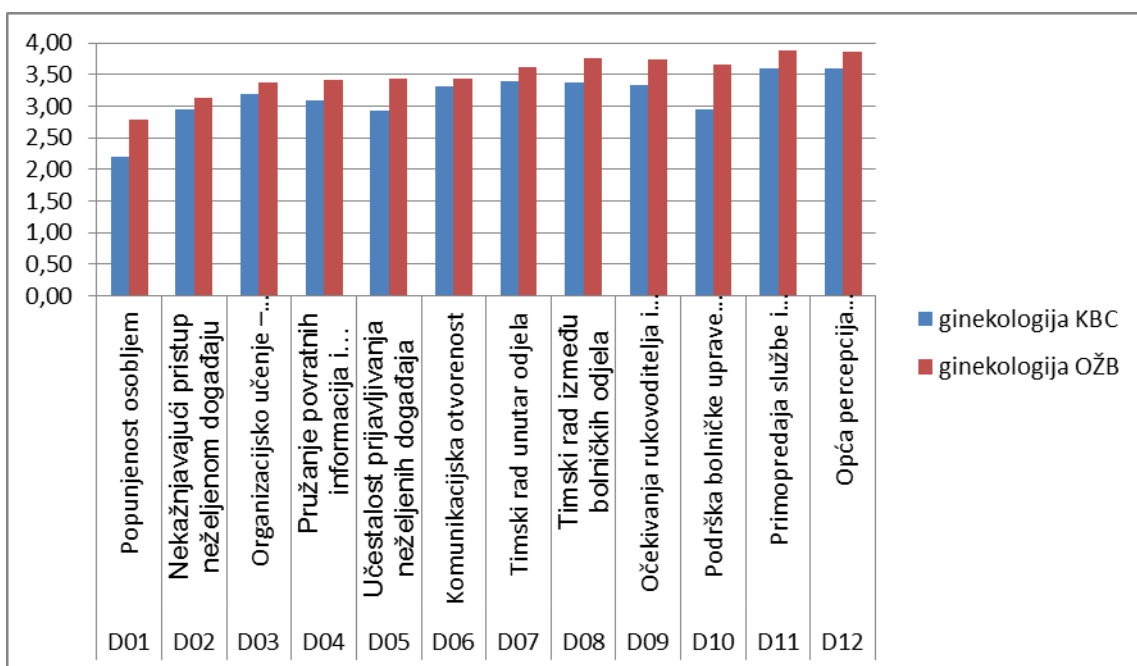
Slika 4. Usporedni prikaz vrijednosti dimenzija bolesnikove sigurnosti po bolnicama za internističke odjele

Između kirurških odjela KBC-a i kirurških odjela OŽB, nađena je statistički značajna razlika za dvije dimenzije: *Popunjenost osobljem* [$t(108)=2,904$, $p=0,004$] i *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* [$t(249)=4,610$, $p<0,001$], obje u korist OŽB (Slika 5).



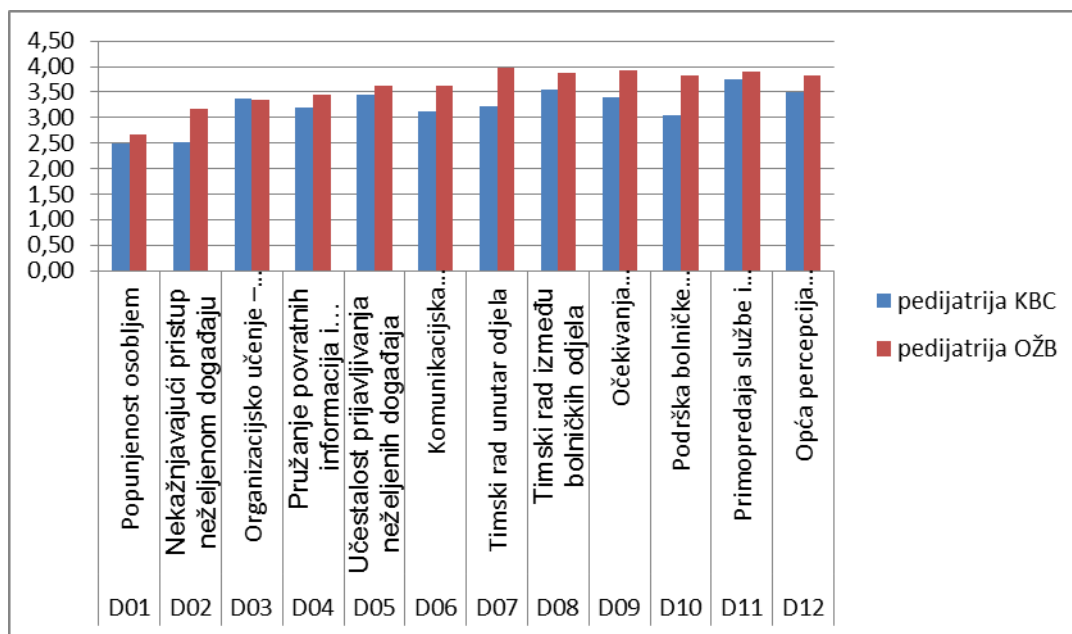
Slika 5. Usporedni prikaz vrijednosti dimenzija bolesnikove sigurnosti po bolnicama za kirurške odjele

Između odjela ginekologije KBC-a i ginekologije OŽB, nađena je statistički značajna razlika za četiri dimenzije: *Popunjenost osobljem* [t(51)=3,621, p=0,001], *Timski rad između bolničkih odjela*, *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* [t(51)=2,157, p=0,036] i *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* [t(51)=3,024, p=0,004] sve u korist OŽB (Slika 6).



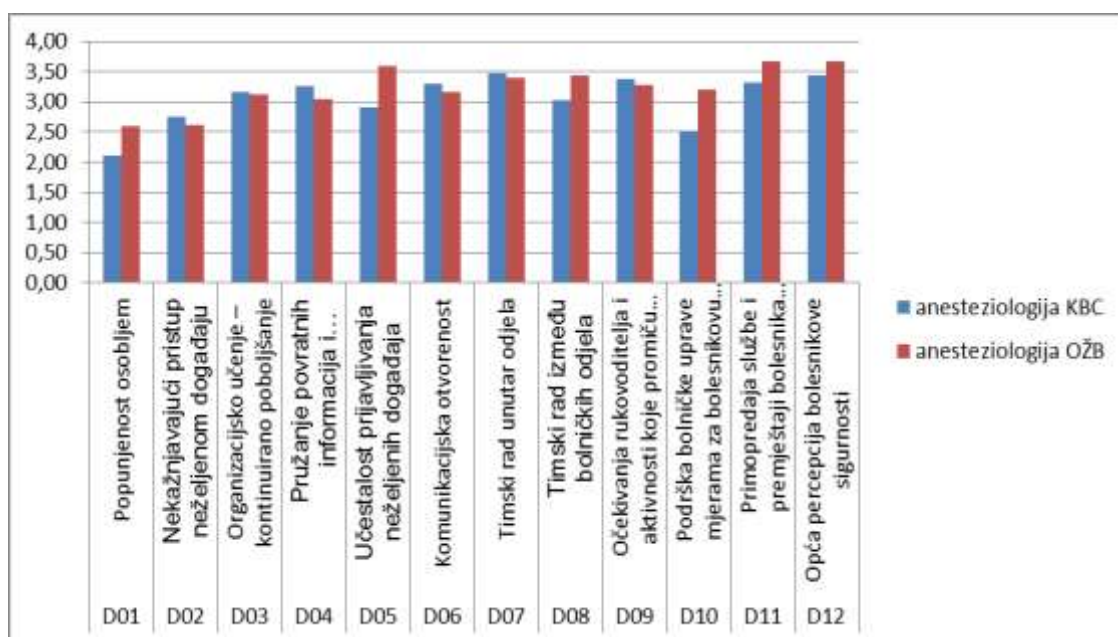
Slika 6. Usporedni prikaz vrijednosti dimenzija bolesnikove sigurnosti po bolnicama za ginekološke odjele

Između odjela pedijatrije KBC-a i pedijatrije OŽB, nađena je statistički značajna razlika za ukupno šest dimenzija: *Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju* [$t(58)=3,059$, $p=0,003$], *Komunikacijska otvorenost* [$t(58)=2,692$, $p=0,009$], *Timski rad unutar odjela* [$t(57)=3,699$, $p<0,001$], *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* [$t(55)=2,794$, $p=0,007$], *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* [$t(57)=4,219$, $p<0,001$] i *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* [$t(57)=2,065$, $p=0,043$], sve u korist OŽB (Slika 7).



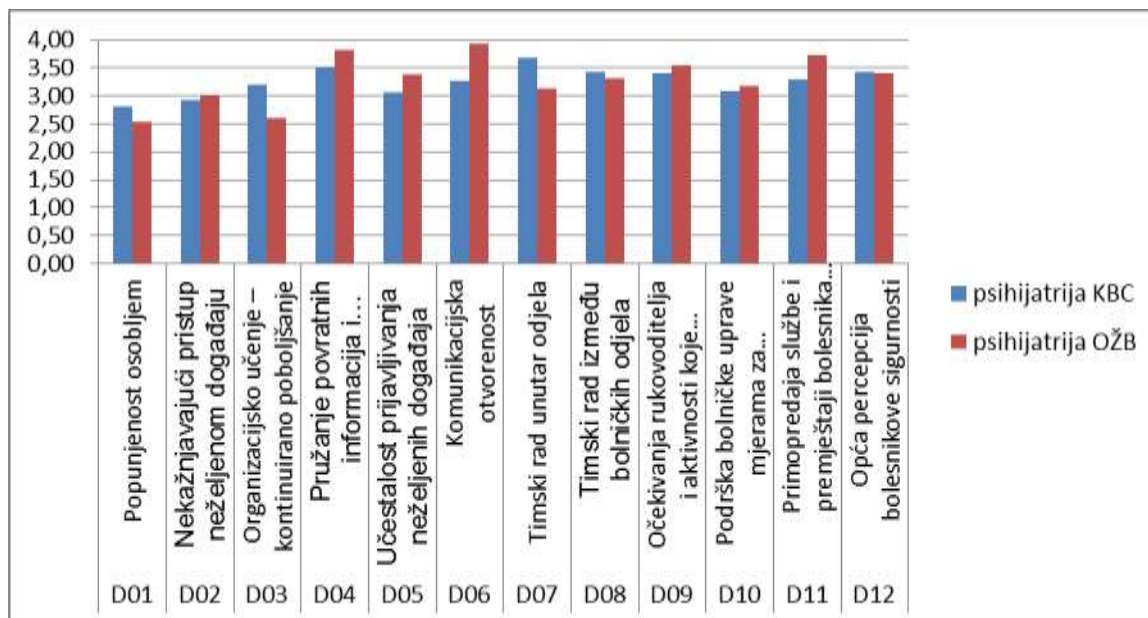
Slika 7. Usporedni prikaz vrijednosti dimenzija bolesnikove sigurnosti po bolnicama za pedijatrijske odjele

Između odjela anesteziologije KBC-a i anesteziologije OŽB, nađena je statistički značajna razlika za pet dimenzija: *Popunjenost osobljem* [$t(66)=3,091$, $p=0,003$], *Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja* [$t(67)=2,106$, $p=0,039$], *Timski rad između bolničkih odjela* [$t(67)=2,386$, $p=0,020$], *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* [$t(67)=3,341$, $p<0,001$] i *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* [$t(67)=2,007$, $p=0,049$], sve u korist OŽB (Slika 8).



Slika 8. Usporedni prikaz vrijednosti dimenzija bolesnikove sigurnosti po bolnicama za odjele anesteziologije

Između odjela psihijatrije KBC-a i psihijatrije OŽB, nađena je statistički značajna razlika za dvije dimenzije *Organizacijsko učenje – kontinuirano poboljšanje* [$t(45)=-2,022$, $p=0,049$] u korist KBC i *Komunikacijska otvorenost* [$t(44)=2,103$, $p=0,041$] u korist OŽB.



Slika 9. Usporedni prikaz vrijednosti dimenzija bolesnikove sigurnosti po bolnicama za psihijatrijske odjele

Dimenzija *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* pokazala je statistički značajne razlike vrijednosti između bolnica i između pet odjela, dimenzija *Popunjenost osobljem* između bolnica i između četiri odjela. Dimenzija *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* imala je statistički značajno različite vrijednosti između tri odjela, a dimenzija *Timski rad između bolničkih odjela* između bolnica i između dva odjela. Ostale su dimenzije pokazale statistički značajnu razliku između pojedinih odjela.

5.4. ODNOS PREZENTIZMA I APSENTIZMA S KULTUROM BOLESNIKOVE SIGURNOSTI U BOLNIČKOJ SKRBI.

Prezentizam i apsentizam već su same po sebi složene dimenzije čije su sastavnice u pravilu u nekonzistentnom međuodnosu. A složenost dimenzija bolesnikove sigurnosti već je detaljno prikazana. Stoga se nastojalo višestruko složeni multidimenzionalni prostor raducirati na manji broj latentnih dimenzija prostora.

1.Redukcija dimenzionalnosti multidimenzionalnog prostora varijabli koje opisuju kulturu bolesnikove sigurnosti

Redukcija dimenzionalnosti multidimenzionalnog prostora varijabli koje opisuju kulturu bolesnikove sigurnosti učinjena je faktorskom analizom pod komponentnim modelom uz primijenu Keiserovog kriterija. Pri tome je zadržano je 4 faktora koji objašnjavaju 66% varijance polaznog skupa varijabli. Tablica 24. prikazuje svojstvene vrijednosti i pripadajući dio objašnjene ukupne varijance multidimenzionalnog prostora. Na dobivene kompozitne varijable primijenjena je Varimax rotacija (Tablica 25.).

Tablica 24. Svojstvene vrijednosti i udjeli varijance objašnjeni dobivenim faktorima

BROJ IZDVOJENIH FAKTORA	SVOJSTVENA VRIJEDNOST	UDIO UKUPNE OBJAŠNJENE VARIJANCE (%)	KUMULATIVNA VARIJANCA
1	4,214	35,113	35,113
2	1,439	11,991	47,104
3	1,221	10,174	57,278
4	1,025	8,538	65,816

Odgovorilo je 560 ispitanika

Tablica 25. Matrica strukture – povezanost polaznih dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti s dobivenim VRX faktorima

DIMENZIJE KULTURE BOLESNIKOVE SIGURNOSTI		VRX FAKTORI			
		ODJEL	MEĐUODJELNA SURADNJA	UPRAVA	UČENJE NA VLASTITOM ISKUSTVU
D01	POPUNJENOST OSOBLJEM	0,024	-0,037	0,846	-0,136
D02	NEKAŽNJAVAJUĆI PRISTUP NEŽELJENOM DOGAĐAJU	0,476	0,129	0,292	-0,667
D03	ORGANIZACIJSKO UČENJE – KONTINUIRANO POBOLJŠANJE	0,311	0,018	0,053	0,854
D04	PRUŽANJE POVRATNIH INFORMACIJA I RASPRAVLJANJE O NEŽELJENOM DOGAĐAJU	0,76	0,191	0,106	0,14
D05	UČESTALOST PRIJAVLJIVANJA NEŽELJENIH DOGAĐAJA	0,037	0,452	0,353	0,273
D06	KOMUNIKACIJSKA OTVORENOST	0,791	0,097	0,048	-0,14
D07	TIMSKI RAD UNUTAR ODJELA	0,791	0,114	0,031	0,145
D08	TIMSKI RAD IZMEĐU BOLNIČKIH ODJELA	0,362	0,76	0,159	-0,041
D09	OČEKIVANJA RUKOVODITELJA I AKTIVNOSTI KOJE PROMIČU BOLESNIKOVU SIGURNOST	0,656	0,226	0,329	0,058
D10	PODRŠKA BOLNIČKE UPRAVE MJERAMA ZA BOLESNIKOVU SIGURNOST	0,225	0,388	0,619	0,151
D11	PRIMOPREDAJA SLUŽBE I PREMJEŠTAJI BOLESNIKA UNUTAR BOLNICE	0,129	0,87	0,003	-0,111
D12	OPĆA PERCEPCIJA BOLESNIKOVE SIGURNOSTI	0,445	0,181	0,478	-0,105

Iz tablice 25 vidljivo je da je prvi faktor opisan pretežno pozitivnom povezanošću s dimenzijama: *Komunikacijska otvorenost, Timski rad unutar odjela, Pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenom događaju i Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost*. Opisuje kulturu bolesnikove sigurnosti **na razini odjela**. Stoga je ta latentna dimenzija nazvana *Odjel*.

Drugi je faktor opisan pretežno pozitivnom povezanošću s dimenzijama: *Primopredaja službe i premještanje bolesnika unutar bolnice, Timski rad između bolničkih odjela i Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja*. Opisuje kulturu bolesnikove sigurnosti **međuodjelne suradnje**. Tako je ta latentna dimenzija nazvana.

Treći je faktor opisan pretežno pozitivnom povezanošću s dimenzijama: *Popunjenost osobljem i Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost*. Opisuje kulturu bolesnikove sigurnosti **na razini uprave bolnica**. Nazvana je *Uprava*.

Četvrti faktor čine dvije dimenzije. Vodeća dimenzija je *Organizacijsko učenje – kontinuirano poboljšanje*, uz kažnjavajući pristup neželjenom događaju. Opisuje kulturu bolesnikove sigurnosti kao **učenje na vlastitom iskustvu** zdravstvenih djelatnika. Tako je nazvan.

Pritom valja naglasiti podjeljenost polazne dimenzije *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* s podjednakim opterećenjem na prvi i treći faktor odnosno na *Odjel* i na *Upravu*.

1. Prediktivni potencijal prezentizma i apsentizma u ocjeni latentnih dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti

Prediktivni potencijal prezentizma i apsentizma u ocjeni latentnih dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti procijenjen je linearnim regresijskim modelima.

Zavisna je varijabla u prvom modelu *Odjel*, u drugom modelu *Međuodjelna suradnja*, u trećem *Uprava*, a u četvrtom *Učenje na vlastitom iskustvu*. Potencijalni prediktori su *prezentizam zbog bolesti*, prezentizam i apsentizam.

Demografski podaci (dob i spol) korišteni u ovom istraživanju pokazali su visok stupanj korelacije s nezavisnim (prediktorskim) varijablama te nisu korišteni u regresijskim analizama. Regresijski model u kojemu je zavisna varijabla bio prvi faktor (*Odjel*) pokazao je statistički značajnu prediktivnost *prezentizma zbog bolesti* i prezentizma. Regresijski koeficijent (B) pozitivnog je predznaka za *prezentizam zbog bolesti*, a negativnog predznaka za rad sa smanjenim učinkom (Tablica 26.) Apsentizam nije bio statistički značajno povezan sa zavisnom varijablom.

Tablica 26. Prediktivni potencijal prezentizma i apsentizma za faktor *Odjel*

PREDIKTORI	B	SE B	β	p
konstanta	-0,394	0,046		0,189
PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI	0,041	0,011	0,162	0,001
PREZENTIZAM	-0,416	0,164	-0,112	0,011
APSENTIZAM	0,333	0,011	0,162	0,108

$R^2=0,046$

Odgovorilo je 499 ispitanika

Regresijski model u kojemu su zavisne varijable bili drugi (*Međudjelna suradnja*), treći (*Uprava*) i četvrti faktor (*Učenje na vlastitom iskustvu*) nisu pokazali statistički značajnu prediktivnost za ispitivane varijable (Tablice 27, 28 i 29).

Tablica 27. Prediktivni potencijal prezentizma i apsentizma za faktor *Međudjelna suradnja*

PREDIKTORI	B	SE B	β	p
konstanta	-0,062	0,311		0,842
PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI	0,009	0,012	0,034	0,45
PREZENTIZAM	-0,136	0,17	-0,036	0,425
APSENTIZAM	-0,35	0,215	-0,073	0,104

R²=0,007

Odgovorilo je 499 ispitanika

Tablica 28. Prediktivni potencijal prezentizma i apsentizma za faktor *Uprava*

PREDIKTORI	B	SE B	β	p
konstanta	-0,594	0,303		0,05
PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI	0,021	0,011	0,083	0,065
PREZENTIZAM	0,115	0,165	0,031	0,487
APSENTIZAM	0,014	0,209	0,003	0,945

R²=0,008

Odgovorilo je 499 ispitanika

Tablica 29. Prediktivni potencijal prezentizma i apsentizma za faktor *Učenje na vlastitom iskustvu*

PREDIKTORI	B	SE B	β	p
konstanta	0,501	0,31		0,107
PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI	-0,022	0,012	-0,085	0,059
PREZENTIZAM	-0,046	0,169	-0,012	0,786
APSENTIZAM	-0,346	0,214	-0,072	0,107

R²=0,013

Odgovorilo je 499 ispitanika

2. Međuodjelne razlike u latentnim dimenzijama kulture bolesnikove sigurnosti

Razlike u latentnim dimenzijama kulture bolesnikove sigurnosti među odjelima istražene su diskriminacijskom analizom. Dobiveno je pet diskriminacijskih funkcija. Prve tri su statistički značajne (Tablica 30.) koje objašnjavaju 89% varijabilnosti razlika između funkcija.

Tablica 30. Značajnost dobivenih diskriminacijskih funkcija

DISKRIMINACIJSKA FUNKCIJA	χ^2	df	p
1	97,834	35	<0,001
2	47,21	24	0,003
3	26,602	15	0,032
4	11,073	8	0,198
5	1,635	3	0,652

Odgovorilo je 458 ispitanika

U Tablici 31. opisano je značenje dobivenih diskriminacijskih funkcija. Prva funkcija opisana je faktorima apsentizam i *Međudjelna suradnja*. Apsentizam pozitivnog je predznaka, a suradnja između odjela negativnog.

Druga funkcija opisana je faktorima *Uprava* (i *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti*), koji ima pozitivan predznak i prezentizam, koji ima negativan predznak.

Treća je funkcija opisana je faktorima prezentizam zbog bolesti (pozitivan predznak), *Učenje na vlastitom iskustvu* te *Odjel* i *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* (negativan predznak).

Tablica 31. Matrica strukture – povezanost diskriminacijskih funkcija s latentnim dimenzijama kulture bolesnikove sigurnosti i dimenzija kulture rada

	Funkcija		
	1	2	3
APSENTIZAM	,709*	0,374	0,235
MEDUODJELNA SURADNJA	-,595*	0,33	0,113
PREZENTIZAM ZBOG BOLESTI	-0,01	-0,183	,736*
UČENJE NA VLASTITIOM ISKUSTVU	-0,178	-0,415	-,428*
ODJEL	0,236	0,232	-,396*
UPRAVA	-0,207	0,58	0,134
PREZENTIZAM	0,184	-0,297	0,066

Odgovorilo je 458 ispitanika

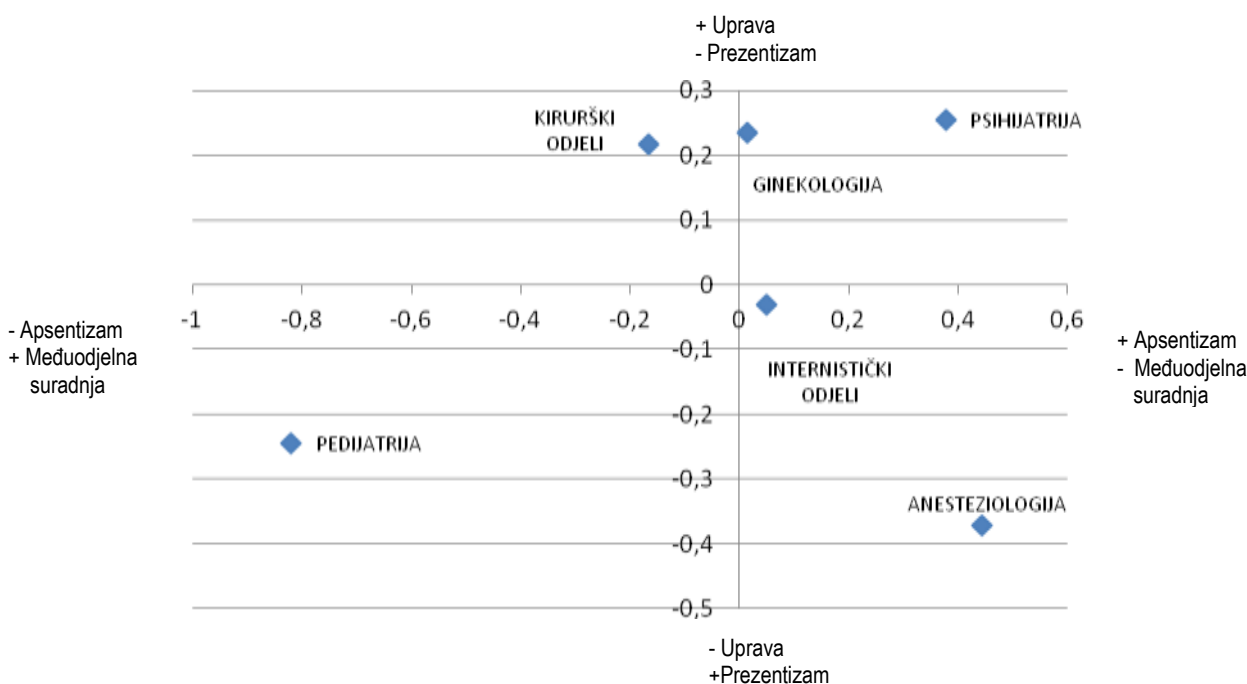
Diskriminacijske funkcije su bipolarne. Koeficijent korelacije u Tablici 31. pokazuje opterećenje na pozitivnom polu funkcije, a na negativnom zrcalna je slika.

Tablica 32. Centroidi diskriminacijskih funkcija po odjelima

ODJEL	FUNKCIJA		
	1	2	3
INTERNISTIČKI ODJELI	0,05	-0,03	-0,173
PSIHIJARIJA	0,377	0,254	-0,008
KIRURŠKI ODJELI	-0,167	0,217	0,028
GINEKOLOGIJA	0,013	0,234	0,374
PEDIJARIJA	-0,82	-0,244	0,086
ANESTEZIOLOGIJA	0,443	-0,372	0,202

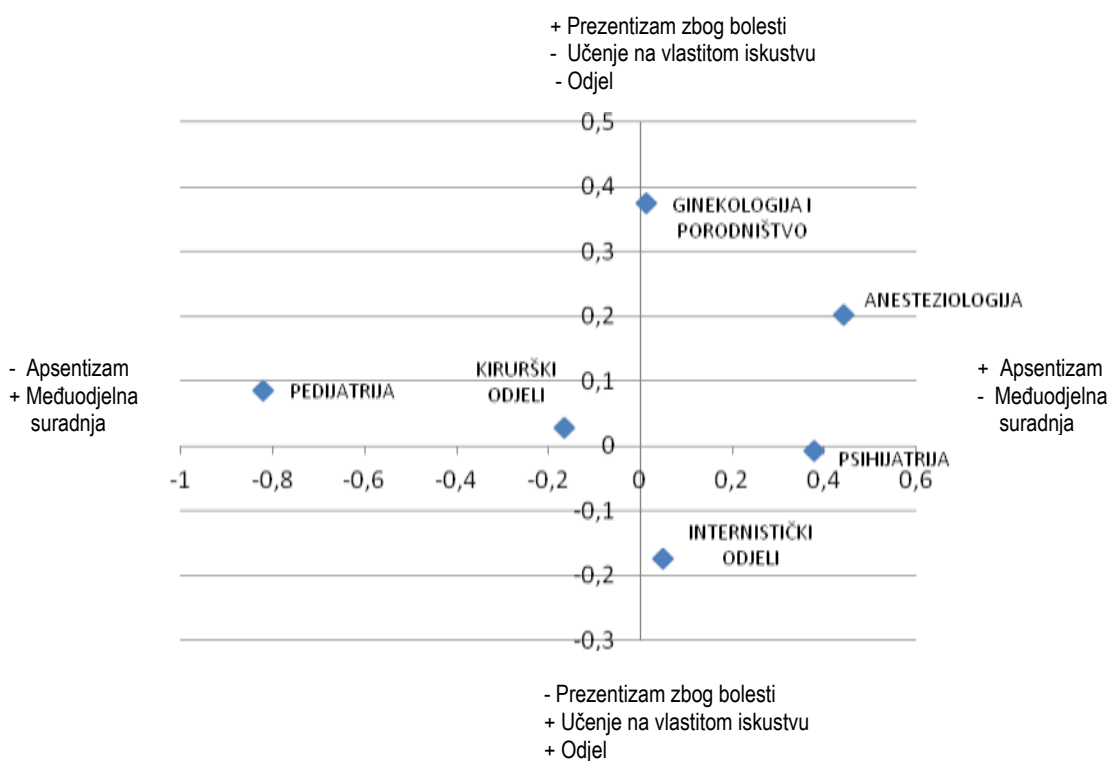
Odgovorilo je 458 ispitanika

Prva diskriminacijska funkcija dobro diskriminira pedijatriju s jedne strane i anesteziologiju i psihijatriju s druge. Na pedijatriji ne izostaju, a imaju dobru međudjelnu suradnju, dok anesteziologija i psihijatrija čine zrcalnu sliku, dakle izostaju s posla i nedostaje im međudjelna suradnja (Tablica 32, Slika 10). Druga diskriminacijska funkcija dobro diskriminira kirurgiju, ginekologiju i psihijatriju na pozitivnom polu funkcije od pedijatrije i anesteziologije na negativnom polu diskriminacijske funkcije (Tablica 32, Slika 10). Dakle, na kirurškim, ginekološkim i psihijatrijskim odjelima unatoč podršci uprave prisutan je prezentizam, dok je na odjelima pedijatrije i anesteziologije unatoč izostanku podrške uprave, zaposleni rade u punom opsegu svojih mogućnosti.



Slika 10. Centroidi uspoređivanih odjela u dvodimenzionalnom prostoru razapetom prvim dvjema diskriminacijskim funkcijama

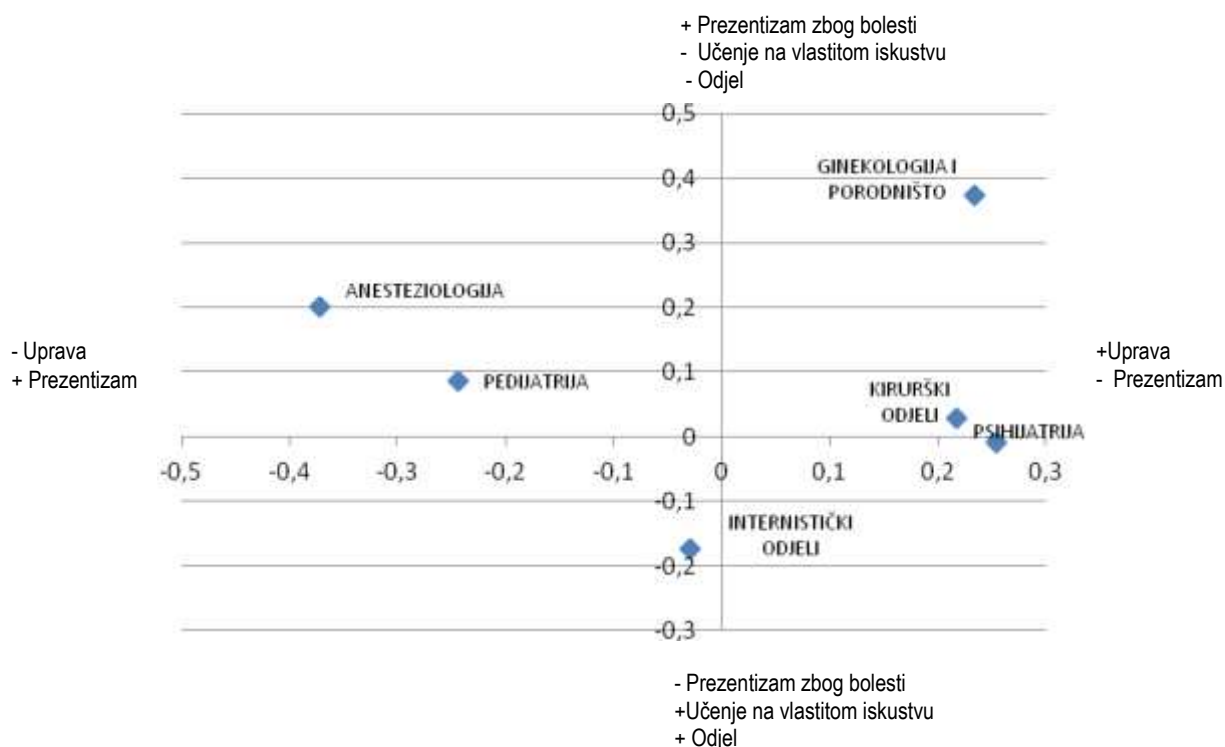
Prva diskriminacijska funkcija dobro diskriminira pedijatriju s jedne strane i anesteziologiju i psihijatriju s druge, dok treća diskriminira ginekologiju i anesteziologiju na pozitivnom polu od internističkih odjela na negativnom polu diskriminacijske funkcije (Tablica 23, Slika 11). Na ginekologiji i anesteziologiji izostaje suradnja na razini odjela, a vlastito iskustvo im ne donosi nove spoznaje, ako su bolesni ne dolaze na posao. Na internističkim odjelima postoji suradnja na odjelima, uče na vlastitom iskustvu, ali unatoč tome dolaze bolesni na posao.



Slika 11. Centroidi uspoređivanih odjela u dvodimenzionalnom prostoru razapetom prvom i trećom diskriminacijskom funkcijom

Druga diskriminacijska funkcija dobro diskriminira kirurgiju, ginekologiju i psihijatriju na pozitivnom polu funkcije od pedijatrije i anesteziologije na negativnom polu diskriminacijske funkcije dok treća diskriminira ginekologiju i anesteziologiju na pozitivnom polu od internističkih odjela na negativnom polu diskriminacijske funkcije (Tablica 32, Slika 12). Na ginekologiji i anesteziologiji izostaje suradnja na razini odjela, a vlastito iskustvo im ne donosi nove spoznaje, ako su bolesni ne dolaze na posao. Na internističkim odjelima postoji suradnja na odjelima, uče na vlastitom iskustvu ali unatoč tome dolaze bolesni na posao.

Na kirurškim, ginekološkim i psihijatrijskim odjelima unatoč podršci uprave prisutan je prezentizam, dok je na odjelima pedijatrije i anesteziologije unatoč izostanku podrške uprave, zaposleni rade u punom opsegu svojih mogućnosti.



Slika 12. Centroidi uspoređivanih odjela u dvodimenzionalnom prostoru razapetom drugom i trećom diskriminacijskom funkcijom

5.5. MOGUĆNOSTI PREVENCIJE PREZENTIZMA I APSENTIZMA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA ZAPOSLENIH U BOLNICAMA

Rezultati istraživanja mogućnosti prevencije prezentizma i apsentizma zdravstvenih djelatnika ukazali su da je za postizanje tog cilja neophodno obratiti pozornost na prepoznavanje i razumijevanje specifičnosti na razini odjela, kao i uvažavanja razlika među zdravstvenim djelatnicima u tim bolnicama i /ili odjelima. Adekvatna popunjenost osobljem i jasno iskazana, kontinuirana posvećenost i provođenje aktivnosti mjerama za bolesnikovu sigurnost od strane uprave bolnice, temelji su i preduvjeti u ostvarivanju prevencije prezentizma i apsentizma.

Kako se općenito pokazalo da zdravstveni djelatnici uglavnom rade u punom svojem opsegu (prezentizam u svega 6,73 % liječnika i 9,56 % medicinskih sestara), a ako i rade slabije, onda je to zbog toga što su bolesni došli na posao, pa mjere za sprječavanje prezentizma treba provoditi u tom smjeru.

Budući da:

- zdravstveni djelatnici u KBC značajno češće dolaze na posao bolesni od onih u OŽB ($p=0,002$),
- medicinske sestre iz KBC dvostruko češće dolaze na posao bolesne i rjeđe izostaju s posla od svojih kolegica iz OŽB
- liječnici u KBC izostaju značajno češće s posla od liječnika iz OŽB, ali i od medicinskih sestara iz svoje bolnice ($p=0,043$),
- liječnici u KBC prosječno rade 4%, a u OŽB 9% više radnog vremena nego što se od njih očekivalo,
- odjeli u obje bolnice pokazuju svoje specifičnosti međuodnosa ispitivanih varijabli,

razvidno je da se i mjere prevencije trebaju usmjeriti pojedinim skupinama zdravstvenih djelatnika na pojedinim odjelima i provoditi ih u svakoj bolnici ciljano.

Regresijski model i diskriminacijska analiza pokazali da je preventivnim mjerama za *prezentizam zbog bolesti*, unutar okvira neophodnog razvijanja opće percepcije bolesnikove sigurnosti na razini bolnice, ključno je pristupiti na razini pojedinca i na razini odjela. Jasno se trebaju iskazati očekivanja rukovoditelja i u suglasju s njima provoditi aktivnosti koje

promiču bolesnikovu sigurnost. Očekivano je da će se tako zdravstvene djelatnike koji su bolesni, i kao takvi mogu ugroziti zdravlje svojih bolesnika i suradnika, potaknuti da ostanu kod kuće. Na razini odjela se, temeljem rezultata diskriminacijske analize (Tablice 31, 32 i Slike 3,4 i 5), u svrhu prevencije *prezentizma zbog bolesti*, posebice treba njegovati *pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenim događajima, podržavati timski rad i komunikacijsku otvorenost* (Tablica 25). Svakom je zdravstvenom djelatniku unutar bolnice potrebno omogućiti *učenje u svrhu kontinuiranog poboljšanja kompetencija*. Posebno je važan dio edukacije spoznaja o *nekažnjavajućem pristupu neželjenom događaju*, što je ujedno i očekivani ishod edukacije.

Podrška uprave te razvijanje *opće percepcije bolesnikove sigurnosti* na razini bolnice, u ovom su istraživanju prepoznati su kao neophodni čimbenici prevencije prezentizma uopće.

U prevenciji apsentizma, rezultati diskriminacijske analize (Tablice 31, 32 i Slike 10, 11 i 12) ukazuju da je neophodno povećati *suradnju između odjela*. Ta se suradnja, u ovim bolnicama, treba posebno usmjeravati na kontinuirano poboljšanje *primopredaje službe i premještaja bolesnika unutar bolnice, timski rad između bolničkih odjela i povećanje učestalosti prijavljivanja neželjenih događaja* (Tablica 25).



Slika 13. Integrirani pristup prevenciji prezentizma i apsentizma zdravstvenih djelatnika zaposlenih u bolnicama. Prilagođeno prema Bachman, K. More than Just Hard Hats and Safety Boots: Creating Healthier Work Environments. The Conference Board of Canada, 2000.

6. RASPRAVA

Presječno istraživanje prezentizma, apsentizma i kulture bolesnikove sigurnosti među zdravstvenim djelatnicima u Republici Hrvatskoj, odrazilo je međudjelovanje složenih sustava kulture bolesnikove sigurnosti i kulture rada. Provedeno u dvije organizacijski različite bolnice, od kojih je jedna klinički bolnički centar, a druga opća županijska bolnica, istraživanje, koje je uključilo 595 zdravstvenih djelatnika, pokazalo je da su prezentizam, apsentizam i kultura bolesnikove sigurnosti, dio kulture neke zajednice, u konkretnom slučaju odjela i bolnice. Deskriptivnom statistikom (Tablice 17, 20 i 22) i diskriminacijskom analizom (Tablice 31, 32 i Slike 10, 11 i 12) pojave oba promatrana oblika prezentizma (rada sa smanjenim učinkom zbog bolesti ili iz drugih razloga) kao i apsentizma, učestalije su grupirane na pojedinim odjelima i u pojedinim zanimanjima, što podupire njihovo svojstvo kao obrasca ponašanja. Analiza prediktivnosti prezentizma i apsentizma s kulturom bolesnikove sigurnosti (Tablica 26) potvrdila je odjel kao jedinu značajnu, dakle ishodišnu, razinu na kojoj je opravdano istraživati zakonitosti pojavljivanja i razina koja će moći najviše doprinijeti u ostvarivanju rezultata mjera koje se provode u svrhu izgradnje željene razine kulture bolesnikove sigurnosti za cijelu bolnicu.

Štoviše, rezultati potvrđuju da postoji različita kultura i među liječnicima i među medicinskim sestrama, kako na istom odjelu tako i unutar bolnice. Potvrdilo se da kultura uvelike utječe na to „kako se stvari rade“ (2), bilo da se radi o postupcima vezanim uz bolesnikovu sigurnost ili se radi o tome hoće li pojedinac doći na posao zbog opravdanih ili neopravdanih razloga.

U obje ispitivane bolnice kultura bolesnikove sigurnosti je visoka (Tablica 14), s tim da je u OŽB viša nego u KBC: broj ispitivanih dimenzija koje odražavaju snagu te kvalitete u OŽB je veći (10/12 u odnosu na 9/12) (Slike 1 i 2).

Kulturu bolesnikove sigurnosti u obje bolnice ugrožavaju nepopunjenost osobljem na odjelima potreban za normalan rad i neodgovarajući, kažnjavajući pristup neželjenim događajima (Slike 1 i 2).

Pojave *prezentizma zbog bolesti*, prezentizma i apsentizma, zabilježene su u ispitanika na gotovo svim odjelima (Tablice 15, 18 i 21). U literaturi je opisana povezanost prezentizma i

apsentizma sa spolom i dobi. Prezentizam se češće javlja u žena, često mlađe i srednje životne dobi te u onih koje imaju djecu (6, 29), a apsentizam se češće javlja u žena mlađe i starije životne dobi (50-52, 97, 99, 100). U ovom istraživanju većinu ispitanika činile su žene srednje dobi, po zanimanju medicinske sestre. Dob ispitanika statistički se značajno razlikovala između bolnica ($p < 0,001$, Mann-Whitneyev U test): ispitanici u KBC mlađi su od ispitanika u OŽB [medijan dobi ispitanika iz KBC-a bio je 36, dok je medijan dobi ispitanika u OŽB bio 43 (Tablica 6)]. Nađena je statistički značajna razlika po spolu i zanimanju u korist žena, medicinskih sestri u KBC-u ($\chi^2(1)=58,1$, $p < 0,001$) i u OŽB ($\chi^2(1)=43,93$, $p < 0,001$) (Tablica 5). Za razliku od navoda u literaturi, varijable dobi i spola u preliminarnim analizama pokazale su multikolinearnost s prediktorskim varijablama, a u regresijskim modelima nisu pokazale statistički značajnu povezanost s prezentizmom niti s apsentizmom.

Učestalost *prezentizma zbog bolesti* razlikuje se unutar svake pojedine bolnice. Značajno veća učestalost *prezentizma zbog bolesti* zabilježena je u KBC-u od one u OŽB [37,44% odnosno 24,29%; $\chi^2(1)=9,52$, $p=0,002$]. Prezentizam iz drugih razloga zabilježen je izuzetno rijetko (od 0 do 9,56%), a 90 ispitanika koji su većinom s posla izostajali od 10% do 30% radnog vremena čine 16,60%.

Rezultati istraživanja Widere i sur. (122) pokazali su da je gotovo 83% zdravstvenih djelatnika nije otišlo na bolovanje kad su imali virozu (*influenza-like illness*). Pojedini autori se slažu da su upravo stupanj bolesti koju pojedinac osjeća (blaga ili potpuno razvijena) kao i odnos težine bolesti prema radnoj sposobnosti, uvjetima i načinu rada na pojedinom radnom mjestu (mogućnost zaraze kolega i bolesnika, vrućica, proljev, povraćanje) te poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju, odlučni čimbenici hoće li zaposlenik ostati kod kuće ili doći raditi. Pretpostavka autora je da ako osoba može raditi svakodnevne stvari kod kuće (izaći iz kreveta, istuširati se, obući i pojesti doručak), onda može i raditi. Čimbenici koji su bili važni za odluku doći na posao bolestan bili su odanost radnoj organizaciji, zadovoljstvo poslom i psihosocijalno okruženje (kao što su odnos s kolegama, radnom organizacijom i bolesnicima) (123). Važan razlog koji je doprinosi odluci da dođu na posao bolesni je razumijevanje da će tako opteretiti kolege i da postoje poteškoće u nalaženju zamjene (24, 34, 112, 124).

Dok u KBC-u sestre učestalije nego liječnici navode da rade uz prisutne zdravstvene poteškoće, u OŽB-u je upravo obrnuto (Tablica 15). Kad se radi o izostancima s posla, u KBC-u liječnici izostaju učestalije nego sestre, a u OŽB je upravo obrnuto (Tablica 21). Oko trećina liječnika u obje ispitivane bolnice došla je raditi i kad su bili bolesni, češće u KBC

(34,4%; OŽB 31,7%). Rezultati istraživanja u četiri europske zemlje pokazali su da liječnici u sveučilišnim bolnicama imaju visok *prezentizam zbog bolesti* (čak do 86%) jer je to dio obrasca ponašanja pomoću kojeg oni zanemaruju ili čak skrivaju svoju bolest, što može prerasti i u životni stil (125). Takvom načinu ponašanja doprinose čimbenici poput kompetitivne klime u radnoj organizaciji i mitovi da liječnik treba biti zdrav (34).

Učestalost *prezentizma zbog bolesti* u medicinskih sestara u KBC gotovo je dvostruko veća u usporedbi s medicinskim sestrama u OŽB (39,60% prema 22,05%). Analizom učestalosti po odjelima, u obje je bolnice najveća učestalost zabilježena na internističkim odjelima [KBC 74/179 (41,34%); OŽB 14/64]. Rezultate ovog istraživanja potvrđuju i spoznaje dobivene pregledom literature koji je pokazao da žene češće dolaze raditi bolesne i sa sniženom radnom učinkovitosti jer „čuvaju“ dane godišnjeg odmora i bolovanja ne samo zbog svojih, već i zbog obiteljskih obaveza, kao što je npr. njega člana obitelji (29, 32). Također, medicinske sestre koje imaju dulji radni staž, često su to žene srednje životne dobi (u ovom istraživanju su to sestre na internističkim odjelima), teže se odlučuju izostati s posla kad su bolesne, jer je najveći udio njihovog prezentizma uzrokovan kroničnim bolestima (primjerice koštano-mišićnim), a često se boje izostati s posla zbog gubitka radnog mjesta (113, 126) i, naravno, financijskih razloga.

Rezultati procjene prediktivnosti prezentizma s međudjelnom analizom odnosa, za *prezentizam zbog bolesti* s kulturom bolesnikove sigurnosti u bolničkoj skrbi, neočekivani su i odstupaju od predložene hipoteze (Tablica 31). Više *prezentizma zbog bolesti* povezano je s višim vrijednostima kulture bolesnikove sigurnosti za faktor *Učenje na vlastitom iskustvu*, faktor *Odjel* koji opisuje kulturu bolesnikove sigurnosti unutar odjela uz prisutnu *Opću percepciju bolesnikove sigurnosti* (Tablice 25 i 31). Na odjelima gdje su očekivanja rukovoditelja, kao i aktivnosti koje oni poduzimaju, usmjereni promicanju bolesnikove sigurnosti, gdje se na svim razinama njeguje opća percepcija bolesnikove sigurnosti, potiče timski rad i otvorena je komunikacija u timu, u slučaju neželjenog događaja o njemu se raspravlja i dobivaju se povratne informacije, no propusti se kažnjavaju, u tim su sredinama snažniji elementi kulture rada i zdravstveni djelatnici dolaze na posao iako su bolesni.

Rezultati se mogu sagledati i iz perspektive da se, vođeni spoznajom da bi zbog svoje bolesti mogli prouzročiti npr. zarazu i/ili posljedično imati lošiju kvalitetu rada, što bi se, opet, moglo odraziti na smanjenje bolesnikove sigurnosti, kultura bolesnikove sigurnosti održava se visokom prema dva obrasca: zadržavajući visoku opću percepciju bolesnikove sigurnosti te

učeci na vlastitom iskustvu i osnažujući suradnju unutar odjela (Tablice 25 i 31, Slike 11 i 12).

Iako se *prezentizam zbog bolesti* prema ovim rezultatima može činiti kao vrlina, važno je istaknuti da “prehodavanjem” bolesti zdravstveni djelatnici ugrožavaju svoje zdravlje u budućnosti što ih predisponira za apsentizma, koji bi mogao biti dulji nego da su od početka bolesti bili na bolovanju, a bolest bi mogla biti praćena komplikacijama koje su se mogle izbjeći (29, 127). Rezultati istraživanja na puno većoj populaciji i s drugačijim upitnicima opisali su negativne posljedice *prezentizma zbog bolesti* na bolesnikovu sigurnost i rad liječnika: veći broj neželjenih događaja (konkretno pad bolesnika), veći broj liječničkih pogrešaka (davanje krivog lijeka ili krive doze lijeka, niže kvalitete zdravstvene skrbi) (5), te povišenom riziku razmišljanjima o suicidu među mlađim liječnicima (128).

Učestalost rada sa smanjenim učinkom gdje nije razlog bolest liječnika ili medicinske sestre, prezentizam iz drugih razloga, niska je u obje ispitivane bolnice. Nižu radnu učinkovitost većinom su iskazale medicinske sestare: u OŽB su samo 4 od 147 (2,72%), a u KBC 28 od 293 (9,56%) medicinskih sestara ocijenile da imaju nižu radnu učinkovitost. U KBC-u se najčešće radilo o medicinskim sestrama s odjela internističkih struka [13/142 (9,15%)] te odjela kirurških struka (9/41), dok se na ostalim odjelima njihov broj kretao od 0 do 3 (Tablica 20). U liječnika je rad sa smanjenim učinkom zabilježen još rjeđe: u OŽB-u niti u jednom slučaju, dok su u KBC-u 7 liječnika od njih 104 (6,73%) izjavili da su radili sa smanjenim učinkom. Rezultati međuodjelne analize odnosa prezentizma s kulturom bolesnikove sigurnosti u bolničkoj skrbi su neočekivani i odstupaju od predložene hipoteze. Prema dobivenim rezultatima diskriminacijske analize, slabija radna učinkovitost (veći prezentizam) povezana je s višim vrijednostima faktora Uprava, odnosno višom razinom bolesnikove sigurnosti u dimenzijama *Popunjenost osobljem* i *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* (Tablice 25 i 31, Slike 10 i 12).

Prezentizam, mjereno upitnikom *WHO HPQ*, ispituje ocjenu radne učinkovitosti ispitanika naspram nekog drugog radnika. Moguće objašnjenje dobivenih rezultata u ovom istraživanju je činjenica kada zdravstveni djelatnici ne rade cjelovitim radnom učinkovitošću i kada nisu opterećeni radnim zadaćama do krajnjih granica, nego imaju odmak (primjerice, rade s 80% učinkovitošću), tada imaju vremena i mogućnosti cjelovito pristupiti svojem poslu na odjelu, što uključuje i očuvanje bolesnikove sigurnosti: imaju prostora i vremena sagledati

potencijalne greške, stavove i ponašanja koja bi mogla ugroziti bolesnikovu sigurnost te ih pravovremeno otkloniti. Odnosno, prema Danu Arielyu (129) da bi dobro radili svoj posao, važnije od količine posla je dati značenje svemu onom što se radi, truditi se i biti motiviran.

Pojavnost apsentizma u promatranim bolnicama je mala, različita i nije jednoznačna: u KBC-u je statistički značajno više liječnika imalo apsentizam u usporedbi s medicinskim sestrama, a u OŽB-u je apsentizam zabilježen gotovo isključivo u medicinskim sestara (Tablica 21). Najviše izostaju medicinske sestre na odjelu internističkih struka u obje bolnice (Tablica 23). Medicinske sestre su većinom žene, a žene, kao što je već navedeno, izostaju s posla ne samo zbog svojih, već i zbog obaveza u svojoj obitelji (51, 52, 102). Posljedično, apsentizam medicinskih sestara povezan je s nižim zadovoljstvom bolesnika (130, 131).

U literaturi je opisano da liječnici se teže odlučuju ne doći na posao već ostati kod kuće kad su bolesni jer njihov izostanak predstavlja opterećenje kolegama koji ih trebaju zamijeniti (primjerice u ambulanti) i zdravstvenom sustavu (npr. ukoliko se zbog izostanka mora odgoditi operativni zahvat) čime se stvara nezdravi krug u kojem se ugrožava zdravlje onih koji rade u povećanom opsegu i s povećanim naporom nadoknađujući posao i za one koji su izostali (29, 112, 113). Bilo da se radi o blažoj ili ozbiljnijoj bolesti, liječnici teško sami sebi „priznaju“ da su bolesni te teško prihvaćaju sebe u ulozi pacijenta. Također se teško odlučuju izostajati i zbog financijskih razloga (29).

Rezultati istraživanja potvrdili su dio istraživačke hipoteze za apsentizam. Na odjelima gdje je viša stopa apsentizma, niža je kultura bolesnikove sigurnosti što je potvrđeno diskriminacijskom analizom za dimenzije: *Komunikacijska otvorenost*, *Timski rad unutar odjela*, *Pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenom događaju* i *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* (Tablica 31, Slika 10 i 11). Visoka razina kulture bolesnikove sigurnosti u ispitivanim bolnicama, osim što u OŽB ima veći broj dimenzija vrijednosti iznad 3 koje ukazuju na snagu te kulture (OŽB 10 od 12, KBC 9 od 12), razlikuje se i u samim značajkama tih dimenzija (Slika 1 i 2). Konzistentno viša razina kulture bolesnikove sigurnosti u OŽB može se tumačiti time što uprava dosljedno podržava aktivnosti koje zagovara i očekuje da ih se treba ostvariti: dimenzije *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* ($\bar{x}=3,49$, $SD=0,86$) i *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* ($\bar{x}=3,4$, $SD=0,85$) imaju vrlo slične ocjene vrijednosti (Slika 2). Za razliku od KBC, gdje postoji raskorak između *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* koji imaju najvišu ocjenu

(\bar{x} =3,53, SD=0,72) i *Podrške bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* koja je ocijenjena kao vrlo mala (\bar{x} =2,81, SD=0,79) (Slika 1). Osim toga, timski rad (unutar odjela i između odjela) u OŽB konzistentno ima visoke vrijednosti, što je očekivano čimbenik koji pozitivno djeluje na razinu kulture bolesnikove sigurnosti u ovoj bolnici, a poznata je i višekratno potvrđena povezanost timskog rada s manje neželjenih događaja i nižom stopom apsentizma (123, 132).

Tri su dimenzije kulture bolesnikove sigurnosti pokazale nekonzistentne razlike, kako unutar jedne bolnice (KBC) tako i između odgovarajućih odjela između ispitivanih bolnica: *Popunjenost osobljem*, *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* i *Timski rad između bolničkih odjela*. Za dimenziju *Timski rad između bolničkih odjela* nađena je statistički značajna razlika između odjela anesteziologije naspram internističkih, kirurških te pedijatrije [F(5,391)=3,8, p=0,002, ANOVA]. Analizom između odgovarajućih odjela KBC-a i OŽB, nađena je statistički značajna razlika između odjela ginekologije i anesteziologije.

Dimenzija *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* pokazala je statistički značajne razlike vrijednosti između bolnica i između pet odjela, dimenzija *Popunjenost osobljem* između bolnica i između četiri odjela, a dimenzija *Timski rad između bolničkih odjela* između bolnica i između dva odjela. Dimenzije *Popunjenost osobljem* i *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* u KBC-u su imale vrijednost manju od 3, odnosno to su područja *slabosti* kulture bolesnikove sigurnosti u ovoj bolnici. Ujedno, ove dimenzije, kao polazne dimenzije kulture bolesnikove sigurnosti, opisale su pretežno pozitivnom povezanošću faktor *Uprava* dobiven faktorskom analizom (Tablica 25).

Za dimenziju *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* nađena je statistički značajna razlika između tri odjela u KBC-u (anesteziologije, naspram pedijatrije i psihijatrije) [F(5,391)=3,78, p=0,001]. Osim što ima najviše izmjerene vrijednosti u OŽB (\bar{x} =3,4, SD=0,85) u ovoj se dimenziji očituje najveća razlika između KBC (\bar{x} =2,81, SD=0,79) i OŽB. *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* je, i statistički značajno [t(585)=8,284, p<0,001], veća u OŽB. Nađena je i statistički značajna razlika između odjela KBC i OŽB na ukupno pet odjela (internistički odjeli, kirurški odjeli, ginekologija, pedijatrija i anesteziologija), sve u korist odjela u OŽB. Upravo bi ova dimenzija mogla biti ključ visoke kulture bolesnikove sigurnosti u ovoj bolnici što se odrazilo u čak 10 od 12 dimenzija koje su snaga kulture bolesnikove sigurnosti.

Nađena je statistički značajna razlika za dimenziju *Popunjenost osobljem* unutar KBC-a između pet odjela (psihijatrije s jedne strane i internističkih i kirurških odjela, ginekologije te anesteziologije s druge strane) [$F(5,391)=8,2$, $p<0,001$, ANOVA]. Za ovu je dimenziju nađena statistički značajna razlika između četiri odjela KBC-a i odjela OŽB (internistički odjeli, kirurški odjeli, ginekologija i anesteziologija, sve u korist odjela u OŽB).

Imajući na umu da ove dvije dimenzije čine faktor *Uprava*, rezultati se mogu interpretirati u kontekstu da postoji razlika u načinu upravljanja jednom općom bolnicom i jednim kliničkim bolničkim centrom, kao i između pojedinih „vrsta“ odjela, konkretno u KBC-u. Obzirom da su to različite vrste bolnica, kako strukturalno, tako i organizacijski, ne čudi rezultat da je drugačiji način upravljanja te je kultura bolesnikove sigurnosti viša u OŽB, (nađene su statistički značajne razlike u korist OŽB): obzirom na dostupne financijske kapacitete i ljudske resurse u zdravstvu, bolja je popunjenost osobljem; iako su odjeli različitih karakteristika s različitim načinom upravljanja, bolji je timski rad između bolničkih odjela kao i primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice, viša je podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost kao i opća percepcija bolesnikove sigurnosti. Iako postoji različita kultura između različitih odjela, to ih ne ometa da surađuju i rade kao tim u situacijama kad je to potrebno. OŽB u ovom odražava primjer jedne manje bolnice u kojoj ima manji broj zaposlenika koji se vjerojatno bolje poznaju, imaju bolju komunikaciju međusobno, manji protok zaposlenika (ako pretpostavimo da jednom kad se osoba zaposli u ovakvoj bolnici, dočeka i mirovinu) pa je vjerojatno i kultura „stabilnija“. U KBC-u je veći protok ljudi, najviše mladih liječnika na specijalizaciji. Neki od njih dolaze iz vanjskih ustanova i ostaju kraće vrijeme. Međutim većinu ispitanika u obje bolnice činile su medicinske sestre koje rade 21 godinu i više (Tablice 5-10) što znači da je većina ispitanika dulje radi u bolnici i boje su upoznati s kulturom, odnosno „kako se kod njih radi“.

Činjenica da je dimenzija *Popunjenost osobljem* u rezultatima ovog istraživanja iskazana kao dimenzija koja je nisko ocijenjena u obje bolnice, očekivana je jer je poznato da u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj nedostaje oko 4300 liječnika i oko 13000 medicinskih sestara (87).

Stoga je nužna preventivna mjera, koja se, međutim, može rješavati jedino na razini države, omogućiti adekvatnu popunjenost osobljem. Popunjenost osobljem je ključna ne samo da bi se rasteretili zdravstveni djelatnici nego i smanjio razik od neželjenih događaja te povećalo zadovoljstvo bolesnika (124, 130). Osobito je važno u vrijeme epidemija osigurati dovoljan

broj zdravstvenih djelatnika, kako bi se izbjegao, često netočan osjećaj „mojim bolesnicima je bolje kad sam tu, pa makar i bolestan, nego kad me nema“ te se na taj način smanjio apsentizam zbog bolesti kao i moguća zaraza bolesnika i zdravstvenih djelatnika (90).

Na slabosti u kulturi bolesnikove sigurnosti u obje bolnice ukazuju niske, i to najniže, vrijednosti dimenzija *Popunjenost osobljem* [KBC (\bar{x} =2,33, SD=0,62); OŽB (\bar{x} =2,65, SD=0,7)] i *Nekažnjavajući pristup neželjenom događaju* KBC (\bar{x} =2,84, SD=0,76); OŽB (\bar{x} =2,86, SD=0,85)] (Slike 1. i 2.). Stoga ne iznenađuje, ali zabrinjava činjenica da preko tri četvrtine ispitanika (78,0%) nije prijavio niti jedan neželjeni događaj (Tablica 13). U odnosu na podatak da se pogreške kažnjavaju u obje bolnice [OŽB (\bar{x} =2,86; SD=0,85); KBC (\bar{x} =2,84, SD=0,76)], takvo je ponašanje očekivano. Prema izvješću *Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi* o praćenju neočekivanih neželjenih događaja, u razdoblju od srpnja 2011. godine do rujna 2012., u Republici Hrvatskoj prijavljeno je ukupno 28 neočekivanih neželjenih događaja (86). Ovaj rezultat je u skladu s postojećim trendom nedovoljnog prijavljivanja neželjenih događaja (133, 134), koji postojeća saznanja u literaturi objašnjavaju strahom od kažnjavanja (135). Iako se u dobivenim rezultatima dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti iščitava da su uprave obje bolnice i zaposlenici postavili za cilj i osvijestili značaj podizanja kulture bolesnikove sigurnost sukladno smjernicama SZO, ipak se neželjeni događaji ne prijavljuju zbog još uvijek postojeće kulture krivnje.

Budući da su se međudjelovanja složenih sustava kulture bolesnikove sigurnosti i kulture rada različito odrazila na različitim odjelima, u svrhu razumijevanja tih specifičnosti načinjena je redukcija dimenzionalnosti multidimenzionalnog prostora varijabli koje opisuju kulturu bolesnikove sigurnosti. Učinjena je faktorska analiza pri čemu su zadržana četiri faktora (Tablica 24), četiri latentne dimenzije kulture bolesnikove sigurnosti (*Odjel, Međudjelna suradnja, Uprava i Učenje na vlastitim iskustvu*), pri čemu je polazna dimenzije *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* podijeljena s podjednakim opterećenjem na prvi i treći faktor odnosno na *Odjel* i na *Upravu* (Tablica 25). Razlike u ovim latentnim dimenzijama kulture bolesnikove sigurnosti među odjelima istražene diskriminacijskom analizom (Tablica 31) pokazale su tri statistički značajne diskriminacijske funkcije: prva funkcija dobro diskriminira pedijatriju s jedne strane i anesteziologiju i psihijatriju s druge (Tablica 32, Slika 10); druga dobro diskriminira kirurgiju, ginekologiju i psihijatriju od pedijatrije i anesteziologije (Tablica 32, Slika 11), dok treća diskriminira ginekologiju i anesteziologiju od internističkih odjela (Tablica 32, Slika 12).

Na odjelu pedijatrije zdravstveni djelatnici ne izostaju, a imaju dobru međudjelnu suradnju, te unatoč izostanku podrške uprave, zdravstveni djelatnici rade u punom opsegu (Slike 10, 11 i 12). Odjeli pokazuju visoke vrijednosti u većini dimenzija bolesnikove sigurnosti od kojih su najviše *Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja* [KBC (\bar{x} =3,45, SD=0,94); OŽB (\bar{x} =3,63, SD=1,34)], *Timski rad unutar odjela* [KBC (\bar{x} =3,22, SD=0,64); OŽB (\bar{x} =3,97, SD=0,86)], *Timski rad između bolničkih odjela* [KBC (\bar{x} =3,55, SD=0,54); OŽB (\bar{x} =3,44, SD=0,56)], *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* [KBC (\bar{x} =3,74, SD=0,52); OŽB (\bar{x} =3,9, SD=0,75)] i *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* [KBC (\bar{x} =3,51, SD=0,51); OŽB (\bar{x} =3,83, SD=0,61)] (Slike 1 i 2).

Na odjelima anesteziologije, također, unatoč izostanku podrške uprave, zaposleni rade u punom opsegu svojih mogućnosti (Tablica 32, Slike 10 i 12). Međutim, pohvalno je i da ne dolaze na posao kad su bolesni (Tablica 32, Slike 10 i 11). Ono što je zabrinjavajuće je da izostaje suradnja na razini odjela kao i međudjelna suradnja. Vlastito iskustvo im ne donosi nove spoznaje: nema učenja temeljenog na vlastitom iskustvu u svrhu kontinuiranog poboljšanja, nego je prisutan kažnjavajući pristup pogrešci. Moguće objašnjenje ovakvog stanja mogli bi imati uporište u opisivanim utjecajima specifičnih stresora na radu na odjelu anesteziologije: blizina patnje i smrti, specifične emocionalne i fizičke potrebe bolesnika, pritisci za dosljedno i optimalno obavljanje posla u promjenjivim uvjetima i očekivanjima te strah od prijetnji tužbom (136, 137). Čimbenici u radnom okolišu, uvjetima i načinu rada na odjelu anesteziologije također imaju utjecaja na psihičko i tjelesno zdravlje zaposlenih: buka (alarmi, ventilatori, usisni aparati, telefoni, interfoni), dugo radno vrijeme zbog nepredvidljivih kirurških zahvata, izloženosti zračenju, izloženost infekciji, neudobne stolice i neergonomski izvedena radna mjesta (nedostatak izravnog dnevnog svjetla, korištenje lasera i monitora) (137, 138).

Na odjelima psihijatrije zaposleni izostaju s posla, ali pojedinci dolaze na posao i kad su bolesni i zdravstvene poteškoće im otežavaju normalan rad, no nedostaje međudjelna suradnja (Tablica 32, Slike 11 i 12). Očekivano, obzirom na prirodu posla, *prezentizam zbog bolesti* je manje zastupljen kod medicinskih sestara, a više kod liječnika (Tablica 17). Unatoč podršci uprave koju imaju, ne rade u punom opsegu svojih mogućnosti (Tablica 32, Slike 10 i 12). Na psihijatrijskim odjelima je nasilje prema zdravstvenim djelatnicima od strane bolesnika prepoznato kao najveći stresor na radu pa bi možda u tom kontekstu trebalo tražiti izostanak motivacije za cjelovitije zalaganje u izvršavanju radnih zadataka (139).

I na kirurškim i ginekološkim odjelima, unatoč podršci uprave, djelatnici ne rade u punom opsegu svojih mogućnosti (Tablica 32, Slike 10 i 12). Ako su bolesni, ne dolaze na posao, što je ne samo pohvalno već i očekivano obzirom na prirodu posla na tim odjelima (Tablica 32, Slike 10 i 11). Na kirurgiji liječnici izostaju češće s posla nego medicinske sestre. Srednje vrijednosti dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti na odjelima kirurgije gotovo se podudaraju s vrijednostima bolnice (Slike 1 i 2). Na odjelima ginekologije izostaje suradnja na razini odjela, a vlastito iskustvo im ne donosi nove spoznaje, što podrazumijeva da nema učenja temeljenog na vlastitom iskustvu u svrhu kontinuiranog poboljšanja kvalitete rada, nego je prisutan kažnjavajući pristup pogrešci (Tablica 25).

Izostanci s posla, apsentizam, u odnosu na značajke radnog mjesta zdravstvenih djelatnika, u dosadašnjim istraživanjima, počivaju na značajkama odjela koje češće uključuju puno radno vrijeme, manju plaću po satu, česti rad na više zadaća, organizacijske značajke odjela, veličinu odjela, udobnost radnog okruženja, manjak vremena za planiranje posla, radnu monotoniju, ne/mogućnost napredovanja, omjer broja osoblja na broj bolesnika, brigu za bolesnike koji se dugo liječe, večernje i noćne smjene (50, 51, 98, 102-104), iste je potrebno uzeti kao ishodište pri promišljanju i uvođenju programa za rješavanje i prevenciju apsentizma.

Za pojedine sredine, postoji alternativa tome da se „samo“ ostane doma. Napretkom tehnologije i telemedicine, može se omogućiti liječnicima da rade, bez rizika od prijenosa infekcije. Telemedicinom, kada to zdravstveno stanje bolesnika dopušta, putem telefona, interneta, e-mail, može se bolesnicima omogućiti kontakt s liječnikom. Na taj način bi se mogla napraviti svojevrsna trijaža bolesnika te one koji trebaju dodatan pregled ili pretrage uputiti kolegama. Liječnik nije, dakle, naporosto „kod kuće“, nego je „daleko“, ali radi. Ovako se liječnici ne bi morali brinuti zbog osjećaja krivice da se ne mogu brinuti da svoje bolesnike, osjećaja da sav teret prebacuju na kolege koji su već zatrpani poslom te oko eventualnog gubitka prihoda. Naravno, ovaj model je primjenjiv za određenu vrstu bolesnika u određenim situacijama (123).

Zbog specifičnosti radnih mjesta i uvjeta rada zdravstvenih djelatnika, zarazne bolesti su od posebnog značaja. Prijedlog je da se za zdravstvene djelatnike češće provodi *screening* za zarazne bolesti za vrijeme epidemije. Sva nastojanja da se smanji širenje zaraznih bolesti zbog prezentizma, trebaju pozitivno utjecati na odluku zaposlenika da ne budu na poslu dok su bolesni. Retrospektivnim istraživanjem koja je opisalo nekoliko epidemija norovirusa u

Berlinu, utvrđena je obrnuto proporcionalna duljina epidemije od duljine bolovanja zdravstvenih djelatnika (122, 140). Stoga je preporuka da se zdravstvenim djelatnicima ne smanjuje dohodak za vrijeme bolovanja od zarazne bolesti, tako da se ne stvara financijski pritisak za povratak na posao ili strah od gubitka posla (87, 111, 141, 142).

Neophodan partner poslodavcu u smanjivanju stope i rješavanju problema prezentizma i apsentizma je specijalist medicine rada. Specijalist medicine rada obavlja preventivne aktivnosti na radnim mjestima i među zaposlenicima. Obavlja zdravstveni nadzor radnika s obzirom na radne uvjete, opasnosti, štetnosti i napore pri obavljanju poslova, sudjeluje u procjeni rizika na radnim mjestima; otkrivanje i istraživanje štetnih čimbenika u novim tehnološkim procesima ili kod uporabe novih kemijskih tvari. Osim toga, sudjelovanjem u radu Odbora zaštite na radu, savjetodavnog tijela poslodavcu koje je ključno za provođenje mjera unaprijeđenja zdravlja i sigurnost na radu, izravno doprinosi prevenciji profesionalnih bolesti, bolesti u vezi s radom i ozljeda na radu (143).

Zadaće specijaliste medicine rada su i mjere prevencije i programi unaprijeđenja zdravlja na radnom mjestu. Radne organizacije imaju koristi od programa za unaprijeđenje zdravlja na radu, jer radeći u poboljšanom radnom okruženju, njihovi zaposlenici su zdraviji i bolje motivirani. To posljedično dovodi do smanjenja naknade za bolovanje i drugih troškova vezanih uz bolovanje, uslugu bolje kvalitete i povećanu produktivnost na razini pojedinca (141).

Unaprijeđenje zdravlja na radnom mjestu čine zajednički i usklađeni naponi poslodavaca, zaposlenika, specijalista medicine rada i zajednice u cjelosti. Ostvaruje se objedinjavanjem mjera za poboljšanje organizacije rada i radnog okoliša, poticanja aktivnog sudjelovanja u unaprijeđenju zdravlja i poticanje osobnog razvoja. Unaprijeđenje zdravlja na radnom mjestu obuhvaća primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu prevencije te uključuje:

- organizacijsku predanost u poboljšanju zdravlja radne snage
- pružanje zaposlenicima odgovarajuće informacije i uspostave sveobuhvatnih komunikacijskih strategija
- uključivanje zaposlenika u donošenje odluka u procesima
- razvijanje radne kulture koja se temelji na partnerstvu
- organiziranje radnih zadataća i procesa, tako da oni doprinose, a ne štete, zdravlju
- provedbu stavova i praksi koje poboljšavaju zdravlje zaposlenika u danim okolnostima

U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020. zdravstvena djelatnost uvrštena je pod visokorizične djelatnosti sa stopom od 7,5/100.000 i 904,4/100.000 nalazi iznad Hrvatskog prosjeka za profesionalne bolesti i ozljede na radu (88). Na tragu tih spoznaja i nastojanja Svjetske zdravstvene organizacije, koja je zajedno s Međunarodnom organizacijom rada razvila *Globalni okvir za izradu nacionalnih programa zaštite zdravlja i sigurnosti na radu zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite*, Republika Hrvatska izradila je Nacrt prijedloga "*Nacionalnog programa zaštite zdravlja i sigurnosti na radu osoba zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite za razdoblje 2015.-2020.*" (88) koji je Vlada Republike Hrvatske usvojila na sjednici 19. veljače 2015.

Osim zakonodavstva, neizmjerljivo je važna i edukacija. Jedan od zdravstvenih programa Europske unije je provođenje edukacije o zdravim radnim mjestima s poslodavcima i sa zaposlenicima, u sklopu Europske mreže promicanja zdravlja na radnom mjestu (engl. *The European Network For Workplace Health Promotion -ENWHP*) (141). Mjere za unaprjeđenje zdravlja na radu provode se i kroz programe kao što su *Occupational Health Management; Employee Assistance Program; Health and productivity management* programe. Cilj ovih programa je poboljšati zdravlje zaposlenika, povećati radni učinak i smanjiti stopu bolovanja, odnosno apsentizma te prezentizma. Rezultati istraživanja pokazali su da zaposlenici koji su prošli ovakvu edukaciju, imaju bolje vještine suočavanja s problemima i komunikacije te da su odlučniji napraviti promjene u svom radnom okruženju, kad je to potrebno. Stopa bolovanja u toj skupini koja je prošla edukaciju, pala je s 9,26% na 7,93%, dok u je u dvije kontrolne grupe porasla s 7,9% na 10,7% (144).

Kako bi se mjere prevencije prezentizma i apsentizma učinkovito provodile, potrebna je komunikacija i partnerstvo između donositelja odluka, rukovoditelja i zaposlenika (Slika 6) (145). U toj je komunikaciji važno da donositelji odluka i rukovoditelji djeluju u skladu kako je dogovoreno sa zaposlenicima te da postoji kontinuirana evaluacija poduzetih radnji. Preporuke rukovoditeljima su slijedeće: podržavati sve mjere promicanja zdravlja na radu, prikupljati podatke o pokazateljima zdravlja, zdravstvenim rizicima povezanim s prezentizmom i apsentizmom, voditi računa o troškovima vezanim uz prezentizam i apsentizam s jedne strane te mogućem smanjenju troškova korištenjem preventivnih programa s druge, provoditi ocjenu rizika na radnom mjestu i u radnom okolišu čime bi doprinijele smanjenju rizika od prezentizma i apsentizma (146). Prema rezultatima diskriminacijske

funkcije (Tablice 31, 32 i Slike 10, 11 i 12) aktivnosti koje bi se trebalo poduzeti, sukladno rezultatima ovog istraživanja mogu se sažeti: rukovoditelji provoditi aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost sukladno proklamiranom, prijavljivati neželjene događaje, pružati povratne informacije i raspravljati o neželjenim događajima, provoditi nekažnjavajući pristup pogrešci, vježbati komunikacijsku otvorenost i timski rad, osnažiti i kontrolirati provođenje suradnje između odjela te unaprijediti primopredaju službe i premještaj bolesnika unutar bolnice. Ishodi koji se očekuju su: podržavanje kulture bolesnikove sigurnosti, očuvanje vlastitog zdravlja, rad na siguran način te u konačnici povećanje radne učinkovitosti.

Preventivnim mjerama za *prezentizam zbog bolesti* unutar okvira neophodnog razvijanja opće percepcije bolesnikove sigurnosti na razini bolnice, ključno je pristupiti na razini odjela i na razini pojedinca. Od strane uprave principi na kojima počiva sigurnost i podupire izgradnja bolesnikove sigurnosti trebaju se jasno istaknuti, zastupati i provoditi. Opetovano i jasno se trebaju iskazati očekivanja rukovoditelja i u suglasju s njima provoditi aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost. Tako će se ne samo zdravstvene djelatnike koji su bolesni, i kao takvi mogu ugroziti zdravlje svojih bolesnika i suradnika, potaknuti da ostanu kod kuće, dakle smanjiti *prezentizam zbog bolesti*, nego su podrška uprave i razvijanje opće percepcije bolesnikove sigurnosti uz naglašeno nekažnjavajući pristup neželjenom događaju na razini bolnice, u ovom istraživanju prepoznati su kao neophodni čimbenici prevencije prezentizma uopće, rada s osviješteno smanjenim učinkom.

I na razini odjela se, temeljem rezultata ovog istraživanja nekažnjavajući pristup neželjenom događaju u svrhu prevencije prezentizma zbog bolesti posebice treba njegovati, uz pružanje povratnih informacija i raspravljanje o neželjenim događajima, podržavati timski rad i komunikacijsku otvorenost.

Glavna je pretpostavka da se mogu očekivati greške u svakom radu. Odrednice kulture sigurnosti mogu se sažeti kao: pravednost, fleksibilnost, učenje i sustavno prijavljivanje/praćenje podataka (147). Prijavljivanje pogrešaka je važno jer se na taj način uči preventivno ponašanje i kako brzo odreagirati na pogreške prije nego rezultiraju ozljedom/na štetu bolesnika i zdravstvenih djelatnika. U tom kontekstu je važno da se rizici ne skrivaju i da se sam strah od ponavljanja pogrešaka smanji na minimum (82).

Na razini pojedinca, za prevenciju prezentizma i apsentizma, izdvojila se potreba da se svakom zdravstvenom djelatniku unutar bolnice omogući učenje u svrhu kontinuiranog poboljšanja kompetencija.

Prema rezultatima diskriminacijske analize (Tablice 31, 32 i Slike 10, 11 i 12), u prevenciji apsentizma, dobiveni rezultati ukazuju da je neophodno povećati suradnju između odjela. Ta se suradnja, u ovim bolnicama, treba posebno usmjeravati na kontinuirano poboljšanje primopredaje službe i premještaja bolesnika unutar bolnice, timski rad između bolničkih odjela i povećanje učestalosti prijavljivanja neželjenih događaja.

Rješavanje problema prezentizma i apsentizma, u kontekstu sustavnog rješavanja, istovremeno podizanje kulture bolesnikove sigurnosti i kulturu rada na siguran način te rad na način tako da nas ispunjava. Stvaranje pozitivne kulture bolesnikove sigurnosti tako da postane jednom od temeljnih vrijednosti u radu zdravstvenih djelatnika i da doživljavaju bolesnika kao jedan od svojih najvažnijih prioriteta, ali na način da sebe, svoje zdravlje i svoju radnu sposobnost prepoznaju kao ključni čimbenik u sustavu očuvanja i podržavanja sigurnosti provođenja zdravstvene skrbi kao i očuvanja kvalitete njenih ishoda. Integracija bolesnikove sigurnosti i bavljenje bolesnikovom sigurnošću u zdravstvu, trebala bi uključivati: razumijevanje organizacijske kulture, rješavanje pogreški i neuspjeha u komunikaciji, mogućnost i spremnost da se provedu i prihvate promjene u radnoj okolini, mogućnost da zdravstveni djelatnici uče iz neželjenih događaja i da to vide kao priliku za učenje (73). Kultura sigurnosti na radu stavlja naglasak na fokusiranom i sustavnom pristupu rješavanja pogrešaka (148).

Procjenjuje se da su troškovi apsentizma i prezentizma u zdravstvu visoki. Osiguravajuće društvo *The Healthcare Benefit Trust*, procijenilo je da troškovi prezentizma i apsentizma u godini dana mogu iznositi gotovo jednu milijardu kanadskih dolara (146). Navodi se da troškovi prezentizma mogu biti i 2,5 puta veći od onih za apsentizam te je u Sjedinjenim Američkim Državama procijenjen gubitak troškova za poslodavce od 150 do 250 milijardi američkih dolara u godini dana. Nezahvalno je nekritično preslikavanje iskustava i israživanja pojavnosti i posljedica, osobito troškova prezentizma iz drugih djelatnosti izravno u djelatnost zdravstva. Zbog svoje specifičnosti, posebice jer se radi o djelatnosti gdje središnja usredotočenost ishoda kvalitete govori o kvaliteti ishoda liječenja, procjene gubitaka u djelatnosti zdravstva zahtijevaju dodatna istraživanja i objektivizaciju. Upravi bolnice je

sigurno podatak da je prezentizam za poslodavce 2,5 puta skuplji od apsentizma [troškovi apsentizma procijenjeni su na 789 \$ po zaposleniku u 2002. godini, dok su troškovi prezentizma bili 2000 \$ po zaposleniku u jednoj godini (15)], bitan poticajni čimbenik za donošenje i provođenje mjera njegova prepoznavanja u svrhu otklanjanja i prevencije.

Osim što je vrlo teško mjeriti i kvantificirati gubitke nastale usljed *prezentizma zbog bolesti* u ishodima rada u zdravstvu, donedavno su sutručnjaci koji se bave procjenama poslovanja bili primarno usredotočeni na metode unaprjeđenja zdravlja zaposlenih kao rješenja prezentizma. Iako razložan i logičan, ovaj pristup se pokazao nedostatnim: prezentizam u zdravstvenih djelatnika javlja uz akutne i kronične bolesti (5, 22, 29, 94) kao što su bol u križima, umor, bol, iscrpljenost, nelagoda, poremećaji spavanja, depersonalizacija, depresija i stres (5, 6, 29), organizacijski čimbenici kao što su neusklađenost između željenog broja radnih sati i stvarnog broja radnih sati, zahtjevi posla i međuljudski odnosi (konflikta uloga, kompeticije i nesigurnosti) (11, 22, 28, 32-34), zarazne bolesti (141), zahtijeva dugo vremensko razdoblje u kojem bi se mjerljivi pokazatelji u određenoj populaciji mogli pokazati. Dakle, niti sam *prezentizam zbog bolesti* nema iste razloge niti su isti ishodi njegove pojavnosti te ga treba i različito rješavati. Primjer specifičnosti tog prisupa ogleđa se višekratno iznesenim prijedlozima da se zdravstvenim djelatnicima ne smanjuje osobni dohodak za vrijeme bolovanja od zarazne bolesti, tako da se ne stvara financijski pritisak za njihov dolazak ili raniji povratak na posao (87, 111, 141, 142).

Boormanov izvještaj o radu zdravstvenih djelatnika u Ujedinjenom kraljevstvu, našao je jasnu vezu između zdravlja i dobrobiti zdravstvenih djelatnika i tri parametara kvalitete zdravstvene zaštite: bolesnikova sigurnost, iskustvo bolesnika u zdravstvenom sustavu i učinkovitost skrbi za bolesnike (149, 150). U zdravstvenim organizacijama gdje je zdravlje i dobrobit zaposlenika prioritet, zdravstveni djelatnici bolje rade, poboljšana je skrb za bolesnike, manja je stopa bolovanja i veća stopa zadržavanja djelatnika u ustanovama. Radne organizacije koje vode brigu o zdravlju i dobrobiti zaposlenika, šalju pozitivnu poruku o njihovoj radnoj kulturi, što povećava ugled ustanove i pomaže privući nove zaposlenike, kao i zadržati postojeće. U zdravstvenim ustanovama u kojima se ne vodi računa o zdravlju zdravstvenih djelatnika, viša je stopa bolovanja, posebno više među mladim liječnicima (149).

Izneseni rezultati su na tragu spoznaja srodnih istraživanja koja su došla do rezultata da osim aktivnog rada pojedinca na vlastitoj kulturi sigurnosti bolesnika, važno je da i rukovodstvo

promovira, uz kulturu bolesnikove sigurnosti u zdravstvenoj ustanovi, kulturu zdravlja i rada na način koji će omogućiti očuvanje zdravlja zaposlenih (82, 151). A rezultati kulture sigurnosti su učenje, motivacija, visok moral i manji je odljev zaposlenih (152).

Za postizanje ciljeva izgradnje složenih sustava kulture bolesnikove sigurnosti sa željenim ishodom i u međudjelovanju s kulturom rada, primjereno je slijediti principe izgradnje kvalitete rada koji se provode u četiri neophodne i zavisne cjeline: prva je podizanje svijesti na razini cijele bolnice da su zdravlje i radna sposobnost zdravstvenih djelatnika ključni čimbenik u sustavu kulture bolesnikove sigurnosti; druga je podizanje te svijesti na razini onih: koji dijele iste radne zadaće, koji dijele istu odgovornost, čiji se rad odvija na isti način, koji rade pod istim radnim uvjetima te su izloženi istim čimbenicima u radnom okolišu; treća je pružanje edukacije o rizicima na određenom radnom mjestu uz odgovarajuće edukativne materijale i četvrta prikupljanje informacija u svrhu: izrade programa i provedbe slijedećeg kruga edukacije sukladnog stvarnoj situaciji, konkretnim potrebama (153).

6.1. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Budući da su prezentizam i apsentizam, kao dio kulture rada, i kultura bolesnikove sigurnosti multidimenzionalnih ustrojstava, tumačenje rezultata njihove statističke povezanosti je kompleksno: razmatrane povezanosti u ovoj disertaciji ne predstavljaju klasičnu epidemiološku povezanost uzročnog čimbenika i ishoda, već su zahtijevali složeniji pristup od razmatranja uzročno-posljedične veze i analize.

Nedostaci metodološke naravi koji ne dopuštaju donošenje zaključaka o uzročno-posljedičnoj povezanosti pojedinih domena kulture bolesnikove sigurnosti i prezentizma i apsentizma u zdravstvenih djelatnika proizlaze, prije svega, iz činjenice da je istraživanje presječnog karaktera, pri čemu su kultura bolesnikove sigurnosti i prezentizam i apsentizam procijenjivani istovremeno, pa je nemoguće odrediti vremenski slijed. Presječnom dizajnu svojstvena je sklonost sustavnim pogreškama, kako u odabiru sudionika, tako i u procjeni ishoda.

Dvije odabrane bolnice su reprezentanti obzirom na strukturu i ustroj koji odgovaraju jednoj općoj bolnici i jednom kliničkom bolničkom centru te suradljivost koju su iskazale. Uzorak nije populacijski reprezentativan te rezultate nije moguće generalizirati, što i nije bila namjera

ovog istraživanja. Stoga je korišten ukupan uzorak kako bi se opisali uočeni obrasci odnosa prezentizma, apsentizma i kulture bolesnikove sigurnosti.

Iako su nađene statistički značajne razlike za prezentizam, apsentizam i kulturu bolesnikove sigurnosti, zbog zadatosti bolničkog kapaciteta i malog broja ispitanika na pojedinim odjelima, nije bilo moguće ispitati odnos prezentizma, apsentizma s kulturom bolesnikove sigurnosti po pojedinim bolnicama i odjelima.

Preporuka za buduća istraživanja u ovom području je uključivanje što većeg broja ispitanika po odjelima.

Korištena metoda samoprocjene pretpostavljala je da su ispitanici odgovarali iskreno te da su razumjeli postavljena pitanja postavljena u WHO HPQ upitniku. Naime, kod ispitivanja apsentizma, ukupno je svega 43 ispitanika odgovorilo da radi manje od 40 sati tjedno. Razlog može biti što su ispitanici bili subjektivni u ocjenjivanju koliko su radili u zadnjih 7 dana i koliko sati poslodavac očekuje da radite u prosječnom tjednu. Osim toga, istraživanjem su obuhvaćeni ispitanici koji su u trenutku istraživanja bili na poslu. Postoji mogućnost da oni koji inače izostaju, u to vrijeme nisu bili na poslu. Ove je podatke teško iskazati na mjesečnoj ili godišnjoj razini. A važno je navesti da je najveća stopa bolovanja na teret HZZO-a zabilježena upravo u djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (2,22%) u 2013. godini (61).

Pri ispitivanju prezentizma također postoji mogućnost metodološke pogreške: rezultat se dobije tako što ispitanik mjeri vlastitu radnu učinkovitost i radnu učinkovitost radnika sličnom radnom mjestu, a varijabla *prezentizam* se dobije omjerom te dvije radne učinkovitosti. Tako na rezultate tog prezentizma je mogla utjeci subjektivnost procjena obje radne učinkovitosti i time se stvorila pristranost (*bias*). Još uvijek nedostaju objektivne mjere za mjeriti prezentizam (22, 38, 124), na što upućuju i rezultati ove disertacije. Potrebno je osmisliti i konstruirati sveobuhvatniji instrument koji će zabilježiti i mjeriti prezentizam u svim do sada opisanim dimenzijama prisutnosti na poslu bez odgovarajućih ishoda rada, a koji mogu biti: smanjenje radne učinkovitosti, prezentizam zbog bolesti i boravak na poslu kada nema radnih zadataka.

Isticana kao značajan čimbenik u ovom istraživanju, dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti *Popunjenost osobljem*, zahtijeva redefiniranje čestica koje je tvore. Naime, istraživanje provedeno u četiri hrvatske bolnice pokazalo je da ova dimenzija ima slabija psihometrijska

svojstva (Cronbach $\alpha < 0,6$) vjerojatno zbog pitanja A7 upitnika *Bolničko istraživanje o kulturi bolesnikove sigurnosti (HSOPSC)* („Koristimo više osoblja za povremenu ispomoć nego što je potrebno u cilju pružanja najbolje njege“) (7). Slične su rezultate dobili autori drugih europskih istraživanja koji su koristili ovaj upitnik (154, 155): upitnik mjeri specifične okolnosti u bolnicama koje su povezane s nacionalnim i kulturološkim razlozima. U hrvatskom zdravstvu zdravstveni djelatnici imaju ugovore na određeno i neodređeno vrijeme te se nema „povremenih“ radnika (engl. *precarious workers*) kao u SAD-u. Iako se europski autori slažu da bi se ovo pitanje moglo adaptirati specifičnim potrebama istraživanja u Europi, do sada nije napravljen prijedlog kako bi to pitanje trebalo glasiti te je i dalje konsenzus da se koristi u izvornom obliku (7, 154).

7. ZAKLJUČAK

- Rezultati istraživanja učestalosti prezentizma i apsentizma odrazili su međudjelovanje složenih sustava kulture rada i kulture bolesnikove sigurnosti.
- Pojave *prezentizma zbog bolesti*, prezentizma i apsentizma, zabilježene su u obje bolnice u ispitanika na gotovo svim ispitivanim odjelima.
- *Prezentizam zbog bolesti zabilježen* je u trećine ispitanika, značajno učestalije u KBC nego u OŽB [$\chi^2(1)=9,52$, $p=0,002$]. Učestalost *prezentizma zbog bolesti* razlikuje se unutar svake bolnice obzirom na odjel i struku:
 - najveća je učestalost zabilježena na internističkim odjelima u KBC-u (41,34%) i u OŽB (21,87%).
 - oko trećina liječnika u obje ispitivane bolnice došlo je raditi kad su bili bolesni (34,40% u KBC-u i 31,70% u OŽB-u), dok u je u medicinskih sestara u KBC-u statistički značajno češća od onih u OŽB [$\chi^2(1)=12,72$, $p<0,001$], pri čemu je razlika između liječnika i medicinskih sestara statistički značajna na odjelima ginekologije (Fisherov egzaktni test: $p=0,023$) te psihijatrije (Fisherov egzaktni test: $p=0,047$), obje u korist liječnika.
- Učestalost prezentizma, odnosno niža radna učinkovitost, izrazito je niska u obje ispitivane bolnice. Nađena je statistički značajna razlika učestalosti između KBC-a i OŽB za kirurške odjele [$\chi^2(1)=5,15$, $p=0,023$].
- Zabilježena je niska učestalost apsentizma, a prosječne vrijednosti apsentizma pokazale su da ispitanici uglavnom rade onoliko koliko se očekuje:
 - u KBC-u su liječnici imali statistički značajno višu učestalost apsentizma od medicinskih sestara [$\chi^2(1)=4,63$, $p=0,043$], dok su u OŽB višu učestalost imale medicinske sestre.

- liječnici u KBC-u radili su prosječno 4% više radnog vremena nego što se to od njih očekivalo, a liječnici u OŽB do 9%.
- Razina bolesnikove sigurnosti ocijenjena je kao vrlo dobra, s distribucijama ocjene razine bolesnikove sigurnosti razlika je statistički značajna u korist OŽB (Fisherov egzaktni test: $p < 0,001$).
- Kultura bolesnikove sigurnosti u OŽB viša je od one u KBC. U KBC-u je devet, a u OŽB deset od dvanaest dimenzija kulture bolesnikove sigurnosti imalo vrijednost višu od 3, što su područja *snage*, a tri, odnosno dvije dimenzije su imale vrijednosti manje od 3, što su područja *slabosti* kulture bolesnikove sigurnosti. Statistički su značajne razlike za ukupno pet dimenzija u korist OŽB: *Popunjenost osobljem* [$t(586)=5,644$, $p < 0,001$], *Timski rad između bolničkih odjela* [$t(588)=8,284$, $p=0,005$], *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost* [$t(585)=8,284$, $p < 0,001$], *Primopredaja službe i premještaji bolesnika unutar bolnice* [$t(587)=3,211$, $p=0,001$] i *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti* [$t(589)=2,845$, $p=0,005$].
- Kako su prezentizam i apsentizam te kultura bolesnikove sigurnosti multidimenzionalnih ustrojstava, tumačenje rezultata njihove statističke povezanosti je kompleksno: razmatrane povezanosti ne predstavljaju klasičnu epidemiološku povezanost uzročnog čimbenika i ishoda, već su zahtijevali složeniji pristup od razmatranja uzročno-posljedične veze i analize.
- Prezentizam, apsentizam i kultura bolesnikove sigurnosti, dio su kulture neke zajednice, u konkretnom slučaju odjela i bolnice. Pojave oba promatrana oblika prezentizma (rada sa smanjenim učinkom zbog bolesti ili iz drugih razloga) kao i apsentizma, učestalije su grupirane na pojedinim odjelima i u pojedinim zanimanjima, što podupire njihovo svojstvo kao obrasca ponašanja.
- Teško je razlučiti uzroke i/ili posljedice elemenata koji utječu na apsentizam i prezentizam te se može zaključiti da oni čine ciklus nekog dinamičkog ekvilibrija.

- Složenost i uzajamnost odnosa prezentizma i apsentizma odrazila se u naizgled proturječnim rezultatima proizašlim iz heterogenosti važnosti pojedinih prediktora u procjeni kriterija na različitim razinama događaja, odnosno analize (individualna razina, odjel, bolnica). Tek analiza po pojedinim odjelima i zanimanjima daje podatke koje je moguće interpretirati.
- Analiza prediktivnosti prezentizma i apsentizma s kulturom bolesnikove sigurnosti potvrdila je odjel kao jedinu značajnu, dakle ishodišnu, razinu na kojoj je opravdano istraživati zakonitosti pojavljivanja i razina koja će moći najviše doprinijeti u ostvarivanju rezultata mjera koje se provode u svrhu izgradnje željene razine kulture bolesnikove sigurnosti za cijelu bolnicu.
- Ispitujući diskriminacijskom analizom specifične ishode međudjelovanja složenih sustava kulture bolesnikove sigurnosti i kulture rada na različitim odjelima
 - najsnažnije razlike među odjelima određuje funkcija opisana pojavom apsentizma i izostankom međudjelne suradnje, pri čemu se najočitije razlikuju odjeli pedijatrije s jedne strane i anesteziologije i psihijatrije s druge;
 - funkcija opisana tim većom pojavom prezentizma, što je veća podrška uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost, dobro diskriminira kirurgiju, ginekologiju i psihijatriju od pedijatrije i anesteziologije, te
 - najslabiju razliku čini funkcija koju opisuju faktori *prezentizam zbog bolesti, Učenje na vlastitom iskustvu* te *Odjel* i *Opća percepcija bolesnikove sigurnosti*, a diskriminira ginekologiju i anesteziologiju od internističkih odjela.
- Uspješne mjere prevencije prezentizma i apsentizma zdravstvenih djelatnika valja temeljiti na prepoznavanju i razumijevanju specifičnosti na razini odjela, uključujući uvažavanje razlika među zdravstvenim djelatnicima na tim odjelima.
- Zdravstveni djelatnici uglavnom obavljaju svoje radne zadaće u punom opsegu (prezentizam u svega 6,73 % liječnika i 9,56 % medicinskih sestara), a ako i rade slabije, onda je to zbog toga što su bolesni došli na posao (*prezentizam zbog bolesti* do 34,4% liječnika i do 39,6% medicinskih sestara), pa mjere za sprječavanje

prezentizma treba provoditi u tom smjeru. Posebno se to odnosi na medicinske sestre, jer one dolaze na posao bolesne češće od liječnika.

- Mjere prevencije prezentizma i apsentizma usmjerene podizanju kulture bolesnikove skrbi uključuju:
 - od strane uprave i rukovodstva odjela neophodni preduvjeti za ostvarivanje prevencije prezentizma su (1) adekvatna popunjenost osobljem; (2) jasno iskazana, kontinuirana podrška uprave i posvećenost očekivanja rukovoditelja te u suglasju s njima (3) aktivno uključivanje uprave u provođenje aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost uz, izrazito važan, (4) nekažnjavajući pristup neželjenom događaju. Kad postoji raskorak između *Očekivanja rukovoditelja i aktivnosti koje promiču bolesnikovu sigurnost* koji imaju najvišu ocjenu a nedovoljna je *Podrška bolničke uprave mjerama za bolesnikovu sigurnost*, jako se ruše vrijednosti svih pokazatelja kulture bolesnikove sigurnosti.
 - u prevenciji apsentizma neophodno je povećati suradnju između odjela. Ta se suradnja, na primjeru ovih bolnica, treba posebno usmjeravati na kontinuirano poboljšanje primopredaje službe i premještaja bolesnika unutar bolnice, timski rad između bolničkih odjela i povećanje učestalosti prijavljivanja neželjenih događaja.
- Još uvijek nedostaju objektivne mjere za mjerenje prezentizma, posebice u djelatnosti zdravstva. Potrebno je osmisliti i konstruirati sveobuhvatniji instrument koji će zabilježiti i mjeriti prezentizam u svim do sada opisanim dimenzijama prisutnosti na poslu bez odgovarajućih ishoda rada, a koji mogu biti: smanjenje radne učinkovitosti, prezentizam zbog bolesti i boravak na poslu kada nema radnih zadataka.

8. SAŽETAK

Uvod: Presentizam je pojava kad zaposlenici dođu na posao, ali iz različitih razloga ne rade svoj posao na odgovarajući način. Razlog presentizmu mogu biti i zdravstvene poteškoće (*presentizam zbog bolesti*). Suprotnost presentizmu je apsentizam - pojava kad zbog tih poteškoća zaposlenici izostaju s posla. Kultura bolesnikove sigurnosti rezultat je obrazaca ponašanja i stavova prema zdravlju i sigurnosti u zdravstvenoj organizaciji.

Cilj: Ispitati učestalost presentizma i apsentizma u bolnicama; njihov odnos s kulturom bolesnikove sigurnosti. Temeljem rezultata dati prijedlog mogućih mjera prevencije presentizma i apsentizma u bolnici.

Ispitanici: Liječnici i medicinske sestre; 399 iz kliničkog bolničkog centra i 196 iz opće županijske bolnice.

Metode: Presječno istraživanje provedeno je upitnicima Stanfordska ljestvica za mjerenje presentizma (*SPS-6*), Svjetske zdravstvene organizacije za mjerenje zdravlja i radne učinkovitosti (*WHO HPQ*), Bolničko istraživanje o kulturi bolesnikove sigurnosti (*HSPOSC*). Distribucije kvantitativnih varijabli su opisane konvencionalnim mjerama deskriptivne statistike, analizirane t-testom i ANOVA analizom, a kvalitativnih varijabli χ^2 testom i Fisherovim egzaktnim testom. Redukcije dimenzionalnosti prostora kulture bolesnikove sigurnosti učinjena je faktorska analiza po komponentnim modelom primjenom Keiserov kriterija uz rotaciju Varimax. Odnos presentizma i apsentizma s kulturom bolesnikove sigurnosti, analiziran je linearnom regresijskom i diskriminacijskom analizom.

Rezultati: Složenost i uzajamnost odnosa presentizma i apsentizma odrazila se u naizgled proturječnim rezultatima proizašlim iz heterogenosti važnosti pojedinih prediktora u procjeni kriterija na različitim razinama događaja, odnosno analize (individualna razina, odjel, bolnica). Tek analiza po pojedinim bolnicama, odjelima i zanimanjima daje podatke koje je moguće interpretirati.

Zaključak: Presentizam, apsentizam i kultura bolesnikove sigurnosti, dio su kulture neke zajednice, u konkretnom slučaju odjela i bolnice. Pojave oba promatrana oblika presentizma (rada sa smanjenim učinkom zbog bolesti ili iz drugih razloga) kao i apsentizma, učestalije su grupirane na pojedinim odjelima i u pojedinim zanimanjima.

Ključne riječi: presentizam, apsentizam, kultura bolesnikove sigurnosti

9.SUMMARY

PRESENTEEISM AND ABSENTEEISM OF HEALTH CARE WORKERS AND PATIENT SAFETY CULTURE

Hana Brborović
2015

Introduction: Presenteeism is the situation when employees show up, but fail to adequately work for various reasons. Reasons can be health-related (*sickness presenteeism*). Opposite, absenteeism is when employees are absent from work. Patient safety culture includes attitudes and behavioural patterns towards health and safety in a healthcare organisation.

Aim: To investigate the prevalence of presenteeism and absenteeism in hospitals; their relationship with patient safety culture. Based on the results give possible presenteeism and absenteeism preventive measures.

Participants: Medical doctors and nurses; 399 of from the clinical hospital center and 196 from county general hospital.

Methods: The cross-sectional study made by questionnaires: *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6), *WHO Health and Work Performance Questionnaire* (WHO HPQ), *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPOSC) and *Perceived Stress Scale* (PSS-10). Distributions were described by conventional measures of descriptive statistics and analyzed using t-test and ANOVA analysis. Distributions of qualitative data were analysed using the χ^2 test and the Fisher exact test. Data were examined using explorative factor analysis (PCA with Varimax rotation), to determine dimensionality reduction of patient safety culture space. Linear regression and discriminant analysis were used to assess the relationship between presenteeism, absenteeism and patient safety culture.

Results. The complexity and reciprocity of relations of presenteeism and absenteeism reflected in the seemingly contradictory results, arising from the heterogeneity of the importance of certain predictors in assessment criteria at different levels of events and analysis (individual level, department, hospital). Only analysis by individual hospitals, departments and occupations provides data that can be interpreted.

Conclusion: Presenteeism, absenteeism and patient safety culture are a part of the culture in the specific case of departments and hospitals. Presenteeism and absenteeism, are frequently grouped in individual departments and in some professions, which supports their property as a form of behavior.

Keywords: presenteeism, absenteeism, patient safety culture

10. POPIS LITERATURE

1. Drucker P. Online Magazine for Organizational Change Practitioners. Available from: <http://www.reply-mc.com/people/peter-drucker/>.
2. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2005 Aug;14(4):231-3. PubMed PMID: 16076784. Pubmed Central PMCID: 1744052. Epub 2005/08/04. eng.
3. Sanderson K, Cocker F. Presenteeism--implications and health risks. *Aust Fam Physician*. 2013 Apr;42(4):172-5. PubMed PMID: 23550237. Epub 2013/04/04. eng.
4. Sanders K. Playing truant within organisations. Informal relationships, work ethics and absenteeism. *Journal of Managerial Psychology*. 2004;19(2):136-55.
5. Letvak SA, Ruhm CJ, Gupta SN. Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *Am J Nurs*. 2012 Feb;112(2):30-8; quiz 48, 39. PubMed PMID: 22261652. Epub 2012/01/21. eng.
6. Janssens H, Clays E, De Clercq B, De Bacquer D, Braeckman L. The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *J Occup Health*. 2013;55(3):132-41. PubMed PMID: 23485571. Epub 2013/03/15. eng.
7. Brborovic H, Sklebar I, Brborovic O, Brumen V, Mustajbegovic J. Development of a Croatian version of the US Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire: dimensionality and psychometric properties. *Postgrad Med J*. 2014 Mar;90(1061):125-32. PubMed PMID: 24347647. Epub 2013/12/19. Eng.
8. Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, Sharda CE, Berger ML, Turpin RS, et al. Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *J Occup Environ Med*. 2002 Jan;44(1):14-20. PubMed PMID: 11802460. Epub 2002/01/23. eng.
9. Ivanković D. 2010.
10. Chapman LS. The Art of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*. 2005.
11. Rantanen I, Tuominen R. Relative magnitude of presenteeism and absenteeism and work-related factors affecting them among health care professionals. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84:225-30.
12. Definition of Presenteeism 2004 [cited 2011. 08.03.]. Available from: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=40516>.
13. Davey MM, Cummings G, Newburn-Cook CV, Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2009 Apr;17(3):312-30. PubMed PMID: 19426368. Epub 2009/05/12. eng.
14. Levin-Epstein J. Presenteeism and paid sick days 2005 March 8th 2011. Available from: <http://www.clasp.org/admin/site/publications/files/0212.pdf>.
15. Sitter D. Presenteeism: The Hidden Costs of Business. *Ezine Articles* [Internet]. 2005 March 8th 2011. Available from: <http://ezinearticles.com/?Presenteeism:-The-Hidden-Costs-of-Business&id=40408>.
16. Johns G. *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Ritzer G, editor: Blackwell Publishing; 2007.
17. Fitz-enz J. *How to Measure Human Resources Management*. New York, NY: McGraw-Hill, Inc.; 1995.
18. Sorra J, Nieva VF. *Hospital Survey on Patient Safety Culture Agency for Healthcare Research and Quality*, 2004.
19. Commission HaS. *Organizing for safety: Third report of the human factors study group of ACSNI*. Sundbury: HSE Books; 1993.
20. Turpin RS, Ozminkowski RJ, Sharda CE, Collins JJ, Berger ML, Billotti GM, et al. Reliability and validity of the Stanford Presenteeism Scale. *J Occup Environ Med*. 2004 Nov;46(11):1123-33. PubMed PMID: 15534499. Epub 2004/11/10. eng.

21. MojPosao. Što radimo na poslu kada ne radimo?2011 [cited 2011 10.10.]. Available from: <http://www.moj-posao.net/Press-centar/Details/70455/Sto-radimo-na-poslu-kada-ne-radimo/30/>.
22. Schultz AB, Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J Occup Rehabil.* 2007 Sep;17(3):547-79. PubMed PMID: 17653835. Epub 2007/07/27. eng.
23. Hummer J, Sherman B, Quinn N. Present and unaccounted for. *Occup Health Saf.* 2002;71:40-2.
24. Simpson R. Presenteeism, Power and Organizational Change: Long Hours as a Career Barrier and the Impact on the Working Lives of Women Managers. *British Journal of Management.* 1998;9:37-50.
25. Worrall L, Cooper C, Campbell F. The new reality for UK managers: perpetual change and employment instability. *Work Employ Soc.* 2000;14:647-68.
26. Evans C. Health and work productivity assessment: state of the art or state of flux? *J Occup Environ Med.* 2004;46:3-11.
27. Simpson R. Presenteeism, power and organizational change: long hours as a career barrier and the impact on the working lives of women managers. *Br J Manag.* 1998;9(37-50).
28. Dew K, Keefe V, Small K. 'Choosing' to work when sick: workplace presenteeism. *Soc Sci Med.* 2005 May;60(10):2273-82. PubMed PMID: 15748675. Epub 2005/03/08. eng.
29. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Community Health.* 2000;54(7):502-9.
30. Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health.* 2011;11(395).
31. Caverley N, Cunningham JB, MacGregor JN. Sickness presenteeism, sickness absenteeism and health following restructuring in a public service organization. *Journal of Management Studies.* 2007;44:737-45.
32. Demerouti E, Le Blanc PM, Bakker A, Schaufeli WB, Hox J. Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International.* 2009;14(1):50-68.
33. Elstad JI, Vabo M. Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scand J Public Health.* 2008 Jul;36(5):467-74. PubMed PMID: 18635730. Epub 2008/07/19. eng.
34. Gustafsson Senden M, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K., Fridner A. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). *Swiss Med Wkly.* 2013;143.
35. Kessler RC, Petukhova M, McInnes K. Content and scoring rules for the WHO HPQ absenteeism and presenteeism questions. In: questions PiitWHaap, editor. 2007.
36. Loeppke R, Hymel PA, Lofland JH, Pizzi LT, Konicki DL, Anstadt GW, et al. Health-related workplace productivity measurement: general and migraine-specific recommendations from the ACOEM Expert Panel. *J Occup Environ Med.* 2003 Apr;45(4):349-59. PubMed PMID: 12708138. Epub 2003/04/24. eng.
37. Musich S, Hook D, Baaner S, Edington DW. The association of two productivity measures with health risks and medical conditions in an Australian employee population. *Am J Health Promot.* 2006 May-Jun;20(5):353-63. PubMed PMID: 16706007. Epub 2006/05/19. eng.
38. Goetzel RZ, Shechter D, Ozminkowski RJ, Marmet PF, Tabrizi MJ, Roemer EC. Promising practices in employer health and productivity management efforts: findings from a benchmarking study. *J Occup Environ Med.* 2007;49(5):111-30.
39. Middaugh DJ. Presenteeism: sick and tired at work. *Dermatol Nurs.* 2007;15(2):103-5.
40. Jena AB, Baldwin DC, Jr., Daugherty SR, Meltzer DO, Arora VM. Presenteeism among resident physicians. *Jama.* 2010 Sep 15;304(11):1166-8. PubMed PMID: 20841527. Epub 2010/09/16. eng.
41. Incorporated C. Unscheduled Employee Absenteeism Hits Lowest Point in CCH Survey History. *Human Resources Management and Trends, Special Issue 569* 2003:155-64.
42. Hansen CD, Andersen JH. Going ill to work—what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Soc Sci Med.* 2008;67:956-64.

43. MacGregor JN, Cunningham JB, Caverley N. Factors in absenteeism and presenteeism: life events and health events. *Management Research News*. 2008;31(8):607-15.
44. News WH. 'Presenteeism' Hurts Employees and Employers Sluggish Employees Cost Companies More Than Sick Days 2004 [cited 2010 20.9.]. Available from: <http://www.webmd.com/mental-health/news/20040423/presenteeism-employees-employers>.
45. Stewart W.F., Ricci J.A., Chee E., D. M. Lost productive work time cost from health conditions in the United States: results from the American productivity audit. *J Occup Environ Med*. 2003;45.
46. Wynne-Jones G., Buck R., Varnava A., Phillips C., C.J. M. Impacts on work absence and performance: what really matters? *Occup Med*. 2009;59(556-562).
47. Schaefer P. *The Hidden Costs of Presenteeism: Causes and Solutions* 2007.
48. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2003;327(7411):364.
49. Bergstrom G, Bodin L, Hagberg J, Lindh T, Aronsson G, Josephson M. Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *Int Arch Occup Environ Health*. 2009 Nov;82(10):1179-90. PubMed PMID: 19504117. Epub 2009/06/09. eng.
50. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca MJ, L R. A multifactorial approach to sickness absenteeism among nursing staff. *Rev Saude Publica*. 2012;16(2):259-68.
51. Garcia-Prado A, Chawla M. The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. *Health Policy Plan*. 2006;21(2):91-100.
52. Cohen A, Golan R. Predicting absenteeism and turnover intentions by past absenteeism and work attitudes. An empirical examination of female employees in long term nursing care facilities. *Career Development International*. 2007;12(5):416-32.
53. Kristensen TR, Jensen SM, Kreiner S, Mikkelsen S. Socioeconomic status and duration and pattern of sickness absence. A 1-year follow-up study of 2331 hospital employees. *BMC Public Health*. 2010;10:643. PubMed PMID: 20973979. Pubmed Central PMCID: 3091566. Epub 2010/10/27. eng.
54. Ferrie JE, Kivimaki M, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. *Occup Environ Med*. 2005 Feb;62(2):74-9. PubMed PMID: 15657187. Pubmed Central PMCID: 1740949. Epub 2005/01/20. eng.
55. Bakker AB, Demerouti E, deBoer E, Schaufeli WB. Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *J Vocat Behav*. 2003;62:341-56.
56. Segal RM. *Annual Survey of Massachusetts Law*. 1955.
57. HZZO. Privremena nesposobnost za rad. In: HZZO, editor.
58. Agnew C, Flin R, Mearns K. Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. *J Safety Res*. 2013 Jun;45:95-101. PubMed PMID: 23708480. Epub 2013/05/28. eng.
59. Allen SG. How much does absenteeism cost? . *Journal of Human Resources*. 1983;18(379-93).
60. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Hemingway H, Shipley MJ, Vahtera J, et al. Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *Am J Public Health*. 2005;95(1):98-102.
61. HZZO. Godišnje izvješće za 2012. godinu. Zagreb: HZZO Direkcija; 2013.
62. HZZO. U 2013. godini HZZO proveo 24.000 kontrola bolovanja 2014 7.4.2014. Available from: <http://www.hzzo.hr/u-2013-godini-hzzo-proveo-24-000-kontrola-bolovanja>.
63. Pološki N, Frajlić D. Pokazatelji konkurentnosti hrvatske radne snage – rezultati empirijskog istraživanja 2003 February 2nd, 2011. Available from: <http://www.ijf.hr/konkurentnost/poloski-frajlic1.pdf>.
64. MojPosao. Istraživanje: Bolovanja 2006 [cited 2010 10.10.]. Available from: <http://www.moj-posao.net/data/files/download/istrazivanja/Bolovanje.pdf>.

65. Lovrić B. Ove godine za bolovanja 50 milijun kuna manje nego lani. vjesnikhr [Internet]. 2011 12.5.2011. Available from: www.vjesnik.hr/ArticlePrint.aspx?ID=2300F0-b3-06FF-4E1D-A4B2-5D23.
66. dnevnik.hr. Evo koje izgovore Hrvati najčešće koriste za bolovanje! : dnevnik.hr; 2014 [cited 2014 17.2.]. Available from: <http://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/evo-koje-izgovore-hrvati-najcesce-koriste-za-bolovanje---320411.html>.
67. Surveys on Patient Safety Culture [cited 2011 March 8th]. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>.
68. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care. 2003;12(11):17-23.
69. Pronovost PJ. Enhancing physicians' use of clinical guidelines. Jama. 2013 Dec 18;310(23):2501-2. PubMed PMID: 24310916. Epub 2013/12/07. eng.
70. Hoffman DA, Mark B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. Personnel Psychology. 2006;59(4):847-69.
71. Odwazny R, Hasler S, Abrams R, McNutt R. Organizational cultural changes for providing safe patient care. Quality Management in Healthcare. 2005;14(3):43-9.
72. Mwachofi A, Walston SL, Al-Omar BA. Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. International Journal of Health care Quality Assurance. 2011;23(1):54-8.
73. Hellings J, Schrooten W, Klazinga NS, Vleugels A. Improving patient safety culture. International Journal of Health care Quality Assurance. 2009;23(5):489-506.
74. WHO. What is patient safety? WHO, 2012.
75. Gawande A. the Checklist Manifest How to Get Things Right. London: Profile Books Ltd.; 2010.
76. Gibson R, Prasad Singh J. Wall of Silence: The Untold Story of the Medical Mistakes That Kill and Injure Millions of Americans. Washington, DC: LifeLine Press; 2003; 2003.
77. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. Jama. 1997 Jan 22-29;277(4):307-11. PubMed PMID: 9002493. Epub 1997/01/22. eng.
78. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system Washington, DC: National Academy Press; 1999.
79. WHO. Health for All by the Year 2000. 1981.
80. Council of Europe CoM. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Council of Europe, 2006.
81. Longo dR, Hewett JE, Schubert S. The long road to patient safety: a status report on patient safety systems. Journal of the American Medical Association. 2005;294(22):2858-65.
82. Goh SC, Chan C, Kuziemy C. Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. International Journal of Health care Quality Assurance. 2011;26(5):420-32.
83. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11).
84. AAZ. Neočekivani neželjeni događaji: Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi; 2013 [cited 2014 23.2]. Available from: <http://aaz.hr/hr/sigurnost/pokazatelj/neocekivani-nezeljeni-dogadaji>.
85. AAZ. Ostali neželjeni događaji: Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi; [cited 2014 23.2.]. Available from: <http://aaz.hr/hr/sigurnost/pokazatelj/ostali-nezeljeni-dogadaji>.
86. AAZ. Izvješće o neočekivanim neželjenim događajima u zdravstvenim ustanovama Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi 2013.
87. Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006-2011. In: Croatia MoHotRo, editor. Zagreb.
88. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Zagreb: Ministarstvo zdravlja; 2012.
89. Albion MJ, Fogarty GJ, Machin MA, Patrick J. Predicting absenteeism and turnover intentions in the health professions. Aust Health Rev. 2008;32(2):271-81.

90. Gartner FR, Nieuwenhuijsen K, van Dijk FJ, Sluiter JK. The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2010 Aug;47(8):1047-61. PubMed PMID: 20444449. Epub 2010/05/07. eng.
91. WHO. Workers' health: global plan of action. 2007.
92. WHO. The World Health Report 2006 - working together for health. 2006.
93. WHO. Task shifting to tackle health worker shortages. 2009.
94. Marlowe JF. Depression's surprising toll on worker productivity. *Empl Benefits J.* 2002 Mar;27(1):16-21. PubMed PMID: 11859537. Epub 2002/02/28. eng.
95. Roelen CAM, Groothoff JW. Rigorous management of sickness absence provokes sickness presenteeism. *Occup Med (Lond).* 2010;60(4):244-6.
96. Dellve L, Skagert K, Eklof M. The impact of systematic occupational health and safety management for occupational disorders and long-term work attendance. *Social Science & Medicine.* 2008;67:965-70.
97. Jensen JN, Karpatschov B, Labriola M, Albertsen k. Do Fear-Avoidance Beliefs Play a Role on the Association Between Low Back Pain and Sickness Absence? A Prospective Cohort Study Among Female Health Care Workers. *JOEM.* 2010;52(1):85-90.
98. Josephson M, Lindberg P, Voss M, Alfredsson L, Vingård E. The same factors influence job turnover and long spells of sick leave--a 3-year follow-up of Swedish nurses. *Eur J Public Health.* 2008;18(4):380-5.
99. Lucey SP. Can pre-placement health assessments predict subsequent sickness absence? *Occupational Medicine.* 2008;58:355-60.
100. Dujits SFA, Kant I, Swaen GMH, van den Brandt PA, Zeegers MPA. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2007;60:1105-15.
101. Cote P, Kristman V, Vidmar M, Van Eerd D, Hogg-Johnson S, Beaton D, et al. The prevalence and incidence of work absenteeism involving neck pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics.* 2008;32(2):219-26.
102. Gorman E, Shicheng Y, Hasanat A. When healthcare workers get sick: Exploring sickness absenteeism in British Columbia, Canada. *Work.* 2010;35(2):117-23.
103. Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the province of Québec. *Am J Ind Med.* 2001;39(2):194-202.
104. Bourbonnais R, Vinet A, Vezina M, Gingras S. Certified sick leave as a non-specific morbidity indicator: a case-referent study among nurses. *British Journal of Industrial Medicine.* 1992;49:673-8.
105. Donovan TL, Moore KM, VanDenKerkhof EG. Employee Absenteeism Based on Occupational Health Visits in an Urban Tertiary Care Canadian Hospital. *Public Health Nursing.* 2008;25(6):565-75.
106. Mason CM, Griffin MA. Group absenteeism and positive affective tone: a longitudinal study. *Journal of Organizational Behaviour.* 2003;24:667-87.
107. HZJZ. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2012. godinu. Zagreb: 2013.
108. Analiza ozljeda na radu 2012. Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu.
109. Registar profesionalnih bolesti 2012. Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu.
110. Zakon o listi profesionalnih bolesti (NN 107/07).
111. Nacrt prijedloga Nacionalnog programa zaštite zdravlja zaposlenih u zdravstvu za razdoblje 2013.-2020. 2013.
112. McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, Holland W. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *J Public Health Med.* 1997;19(3):295-300.
113. Becker SG, Oliveira MLC. Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008;16(1):109-14.
114. Kessler RC, Ames M, Hymel PA, Loeppke R, McKenas DK, Richling D, et al. Using the WHO Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* 2004;46(Suppl 6)(S23-S37).
115. Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, Sharda CE, Beger ML, Turpin RS, et al. Stanford Presenteeism Scale: Health Status and Employee Productivity. *JOEM.* 2002;44(1):14-20.

116. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage; 2009.
117. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKeenas D, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med*. 2003 Feb;45(2):156-74. PubMed PMID: 12625231. Epub 2003/03/11. eng.
118. Kessler R, Petukhova M, McInnes K. Content and scoring rules for the WHO HPQ absenteeism and presenteeism questions 2007. Available from: <http://www.hcp.med.harvard.edu/hpq/ftpdire/absenteeism%20presenteeism%20scoring%20050107.pdf>.
119. Blegen MA, Gearhart S, O'Brien S, Sehgal NL, Alldredge BK. AHRQ's Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psychometric Analyses. *J Patient Saf*. 2009;5(3):139-44.
120. Koopman C, Pelletier KR. Setting a Cut-off Score on the SPS-6 Scale. 2012.
121. Microsoft Excel Data Entry and Reporting Tool.
122. Widera E, Chang A, Chen HL. Presenteeism: A Public Health Hazard. *J Gen Intern Med*. 2010;25(11):1244-47.
123. Landry M, Miller C. Presenteeism: Are We Hurting the Patients We are Trying to Help? *J Gen Intern Med*. 2010;25(11):1142-3.
124. Bracewell LM, Campbell DI, Faure PR, Giblin ER, Morris TA, Satterthwaite LB, et al. Sickness presenteeism in a New Zealand hospital. *New Zealand medical journal*. 2010;123(1314):31-42.
125. Taloyan M, Aronsson G, Leineweber C, Magnusson Hanson L, Alexanderson K, Westerlund H. Sickness presenteeism predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: a nationally representative study of the Swedish working population. *PLoS One*. 2012;7(9):e44721. PubMed PMID: 22984547. Pubmed Central PMCID: 3439368. Epub 2012/09/18. eng.
126. Wallace MA. Occupational health nurses--the solution to absence management? *AAOHN J*. 57(3):122-7.
127. Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Lindh T, Aronsson G, Josephson M. Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *Int Arch Occup Environ Health*. 2009;82(10):1179-90.
128. Eneroth M, Gustafsson Senden M, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K., Fridner A. A comparison of risk and protective factors related to suicide ideation among residents and specialists in academic medicine. *BMC Public Health*. 2014;14(271).
129. Ariely D. What makes us feel good about our work? TEDxRiodelaPlata2012.
130. Moret L, Anthoine E, Pille C, Tricaud-Vialle S, Gerbaud L, Giraud-Roufast A, et al. Relationship between inpatient satisfaction and nurse absenteeism: an exploratory study using WHO-PATH performance indicators in France. *BMC Res Notes*. 2012;5(83).
131. Duclay E, Hardouin JB, Sébille V, Anthoine E, Moret L. Exploring the impact of staff absenteeism on patient satisfaction using routine databases in a university hospital. *J Nurs Manag*. 2014.
132. West MA, Lyubovnikova J. Illusions of team working in health care. *Journal of Health Organization and Management*. 2013;27(1):134-42.
133. Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2010 Oct;19(5):e17. PubMed PMID: 20430929. Epub 2010/05/01. eng.
134. Halbesleben JR, Wakefield BJ, Wakefield DS, Cooper LB. Nurse burnout and patient safety outcomes: nurse safety perception versus reporting behavior. *West J Nurs Res*. 2008 Aug;30(5):560-77. PubMed PMID: 18187408. Epub 2008/01/12. eng.
135. Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error. *J Appl Behav Sci*. 1996;32:5-28.
136. Meeusen VC, van Dam K, Brown-Mahoney C, van Zundert AA, Knape HT. Work climate related to job satisfaction among Dutch nurse anesthetists. *AANA J*. 2011;79(1):63-70.
137. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2003;90(3):333-7.
138. Larsson J, Rosenqvist U, Holmström I. Being a young and inexperienced trainee anesthetist: a phenomenological study on tough working conditions. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2006;50(6):653-8.
139. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012;2(12):108.

140. Jansen A, Beyer A, Brandt C, Höhne M, Schreier E, Schulzke J, et al. The norovirus-epidemic in Berlin-clinic, epidemiology, and prevention. *Gastroenterol.* 2004;42(4):311-6.
141. ENWHP. The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). Available from: <http://www.enwhp.org/home.html>.
142. Nacionalni program zaštite zdravlja i sigurnosti na radu za razdoblje od 2009. do 2013. godine Zagreb: Ministarstvo gospodarstva, rada i poduzetništva 2008.
143. Plan i program mjera specifične zdravstvene zaštite radnika NN 122/07, (2007).
144. Linden M, Muschalla B, Hansmeier T, Sandner G. Reduction of sickness absence by an occupational health care management program focusing on self-efficacy and self-management. *Work.* 2014;47(4):485-9.
145. Bachman K, editor *More than Just Hard Hats and Safety Boots: Creating Healthier Work Environments.* The Conference Board of Canada; 2000.
146. *In sickness and in health : healthy workplaces for British Columbia's health care workers.* British Columbia. : Office of the Auditor General., 2005.
147. Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents.* Hampshire: Ashgate; 1997.
148. OSHA: United States Department of Labor. Available from: <https://www.osha.gov/>.
149. Black CD. *Working for a healthier tomorrow.* 2008.
150. Boorman S. *NHS Health and Wellbeing - Final Report.* Leeds: 2009.
151. Mohr JJ. *Creating a safe learning organization.* *Frontiers of Health Services Management.* 2005;22(1):41-4.
152. Khatri N, Brown GD, Hicks LL. *from a blame culture to a just culture in healthcare.* *Healthcare Management Review.* 2009;34(4):312-22.
153. Chassin MR. *The Urgent Need to Improve Health Care Quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality.* *JAMA: the Journal of the American Medical Association* 1998;280(11):1000-5.
154. Waterson P, Griffiths P, Stride C, Murphy J, Hignett S. *Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK.* *Quality & safety in health care.* 2010 Oct;19(5):e2. PubMed PMID: 20211960. Epub 2010/03/10. eng.
155. Bodur S, Filiz E. *Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey.* *BMC Health Services Research.* 2010;10:28. PubMed PMID: 20109186. Pubmed Central PMCID: 2835702. Epub 2010/01/30. eng.

11.PRILOZI

Prilog 1. Obavijest ispitanicima o istraživanju

Prilog 2. Upitnik Kratki oblik stanfordske ljestvice za mjerenje prezentizma [engl. *Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)*]

Prilog 3. Upitnik Kratki oblik ljestvice Svjetske zdravstvene organizacije za mjerenje zdravlja i radne učinkovitosti [engl. *World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (WHO HPQ)*]

Prilog 4. Upitnik Bolničko istraživanje o kulturi bolesnikove sigurnosti [engl. *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*]



Škola narodnog
zdravlja
„Andrija Štampar“

Upitnik za procjenu utjecaja rada na zdravlje zdravstvenih djelatnika i sigurnost bolesnika

Poštovani/poštovana,

Molimo Vas dragovoljno sudjelujete u znanstvenom istraživanju čiji je naslov „Prezentizam i apsentizam zdravstvenih djelatnika i kultura sigurnosti bolesnika“. Istraživanje se provodi u sklopu znanstvenog projekta Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa „Zdravlje na radu i zdravi okoliš“, 108-1080316-0300. Predviđeno trajanje projekta je od svibnja 2011. do travnja 2013. godine

Poznato je da su zdravstveni djelatnici izrazito odgovorni u obavljanju svojih radnih zadaća te dolaze na posao i kada im njihovo vlastito zdravlje to ne dopušta (migrena, povišena temperatura, alergija...). Izrazito nam je važno Vaše sudjelovanje pri čemu ćete iznijeti Vaša osobna iskustva. Time u konačnici stvaramo uvjete za poduzimanje mjera u svrhu poboljšanja uvjeta i načina rada upravo na Vašem radnom mjestu, u Vašoj ustanovi.

Ukoliko tijekom ili nakon ispunjavanja ankete naiđete na bilo kakve nejasnoće ili nepoznate riječi i izraze, slobodno me kontaktirajte:

Hana Brborović, dr.med.

broj mobitela 095/ 8000-845 ili e-mail hana.brborovic@snz.hr.

- Odgovarate li riječima, pišite **tiskanim** slovima
- Ako je za odgovor napravljena brojčana skala, **zaokružite** stupanj koji **najbolje** iskazuje Vaš odgovor

Za ispunjavanje će vam trebati 10-15 minuta.

Prilog 2. Kratki oblik stanfordske ljestvice za mjerenje prezentizma [engl. *Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)*]

**KRATKI OBLIK LJESTVICE SVJETKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA
MJERENJE ZDRAVLJA I RADNE UČINKOVITOSTI**

B3 Koliko ste ukupno sati radili u zadnjih 7 dana? _____

B4 Koliko sati očekuje vaš poslodavac da radite u prosječnom tjednu (7 dana)? _____

B5 Molim Vas da razmislite o Vašem radnom iskustvu u zadnja 4 tjedana (28 dana). Upišite broj dana koliko ste proveli u svakoj od navedenih radnih situacija

U zadnja 4 tjedna (28 dana) koliko ste dana:

Broj dana
(00-28)

B5a izostali čitav dan zbog problema u vezi sa svojim fizičkim ili duševnim zdravljem?		
B5b Koliko ste dana zadnja 4 tjedna izostali čitav dan s posla iz bilo kojeg razloga? (uključivo i odmor)		
B5c Koliko ste dana zadnja 4 tjedna izostali dio radnog dana zbog problema u vezi sa svojim fizičkim ili duševnim zdravljem?		
B5d Koliko ste dana zadnja 4 tjedna izostali dio radnog dana iz bilo kojeg razloga? (uključivo i odmor)		
B5e došli ranije na posao, otišli kasnije s posla ili radili na slobodan dan?		

B6 Koliko ste ukupno sati radili u zadnja 4 tjedna (28 dana)? _____

B9 Na ljestvici od 0 do 10, gdje 0 označava najgori radni učinak koji bi netko mogao imati na Vašem radnom mjestu, a 10 najbolji radni učinak najboljeg radnika, kako biste ocijenili uobičajen radni učinak većine radnika koji rade na radnom mjestu sličnom Vašem

najgori radni učinak

najbolji radni učinak

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

B10 Koristeći istu ljestvicu od 0 do 10, kako biste ocijenili Vaš uobičajeni radni učinak u zadnjih godinu-dvije dana?

najgori radni učinak

najbolji radni učinak

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

B11 Koristeći istu ljestvicu od 0 do 10, kako biste ocijenili Vaš cjelokupni radni učinak onih dana kada ste radili zadnja 4 tjedana (28 dana)?

najgori radni učinak

najbolji radni učinak

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Prilog 3. Kratki oblik ljestvice Svjetske zdravstvene organizacije za mjerenje zdravlja i radne učinkovitosti [engl. *World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (WHO HPQ)*],

KRATKI OBLIK STANFORDSKE LJESTVICE ZA MJERENJE PREZENTIZMA

2. Ovo se pitanje odnosi na Vaše zdravstvene poteškoće u zadnja 4 tjedna.

*Uzmite u obzir da se riječi „križobolja“, „kardiovaskularni problem“, „bolest“, „problem sa želucem“ ili drugi slični deskriptori mogu zamijeniti riječima „zdravstveni problem“ u svakoj od tih točaka.

	Izričito se ne slažem	Ne slažem se	Ni jedno ni drugo	Slažem se	Izričito se slažem
	▼	▼	▼	▼	▼
2.1 Zbog mog zdravstvenog problema*, puno mi je teže bilo svladavati stresove na poslu	1	2	3	4	5
2.2 Unatoč mom zdravstvenom problemu*, mogao/mogla sam završiti i teške zadatke svog rada	1	2	3	4	5
2.3 Moj me je zdravstveni problem* lišio zadovoljstva u radu	1	2	3	4	5
2.4 Zbog svog zdravstvenog problema osjećao/la sam se <i>beznadno</i> pri rješavanju nekih radnih zadataka	1	2	3	4	5
2.5 Unatoč mom zdravstvenom problemu bio/bila sam sposoban koncentrirati na postizanje ciljeva na poslu	1	2	3	4	5
2.6 Unatoč mom zdravstvenom problemu, imao/la sam dovoljno energije da završim sav svoj posao.	1	2	3	4	5

BOLNIČKO ISTRAŽIVANJE O KULTURI BOLESNIKOVE SIGURNOSTI

Ovaj upitnik ispituje vaše stavove o sigurnosti pacijenata, pogreškama u liječenju te izvještavanju o neželjenim događajima u vašoj bolnici.

“Neželjeni događaj” definira se kao bilo koji tip pogreške, incidenta ili otklona bez obzira je li doveo ili nije doveo do oštećenja bolesnika.

“Bolesnikova sigurnost” definira se kao izbjegavanje i sprečavanje oštećenja ili neželjenih događaja proizašlih iz procesa zdravstvene skrbi

ODJELJAK A: Vaš odjel

Molimo da iskažete svoje slaganje ili neslaganje sa sljedećim navodima o vašem radnom mjestu/odjelu. Odgovorite označavanjem jednog kružića.

Odnosi se na vaše radno mjesto/odjel u bolnici...	Izričito se ne slažem	Ne slažem se	Ni jedno ni drugo	Slažem se	Izričito se slažem
1. Na ovom odjelu zaposlenici podupiru jedni druge	1	2	3	4	5
2 Na odjelu imamo dovoljno osoblja za obavljanje svih radnih zadaća	1	2	3	4	5
3 Kada u kratkom vremenu treba obaviti mnogo posla, radimo zajedno kao tim	1	2	3	4	5
4 Na ovom odjelu ljudi poštuju jedni druge	1	2	3	4	5
5 Osoblje na ovom odjelu radi dulje no što je poželjno s gledišta sigurnosti pacijenata	1	2	3	4	5
6. Mi aktivno poduzimamo mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata	1	2	3	4	5
7 Koristimo više osoblja za povremenu ispomoć	1	2	3	4	5

nego što je potrebno u cilju pružanja najbolje njege					
8. Osoblje osjeća da se njihove greške usmjeravaju protiv njih	1	2	3	4	5
9 Na ovom odjelu, pogreške se dovode do pozitivnih promjena	1	2	3	4	5
10 Prava je slučajnost da se ovdje ne događaju puno ozbiljnije pogreške	1	2	3	4	5
11Kada dio odjela bude zatrpan poslom, ostali priskoče u pomoć	1	2	3	4	5
12 Kada se prijavi neželjeni događaj, osjeća se kao da se ukazuje na osobu, a ne na problem	1	2	3	4	5
13 Nakon što uvedemo promjene da bismo poboljšali sigurnost pacijenata, procjenjujemo učinkovitost	1	2	3	4	5
14 Radimo po “kriznom modelu” nastojeći učiniti što više, što brže	1	2	3	4	5
15.Nikada ne žrtvujemo sigurnost pacijenata da bi napravili više posla	1	2	3	4	5
16 Osoblje se boji da će pogreške koje su im se dogodile ostati zabilježene u njihovom dosjeu	1	2	3	4	5
17 Na ovom odjelu imamo problema sa sigurnošću pacijenata	1	2	3	4	5
18.Naši postupci i organizacija rada dobro preveniraju pogreške	1	2	3	4	5

ODJELJAK B: Vaš šef/rukovoditelj

Molimo da iskažete svoje slaganje ili neslaganje sa sljedećim navodima o vašem neposrednom rukovoditelju ili osobi kojoj ste direktno odgovorni.

	Izričito se ne slažem ▼	Ne slažem se ▼	Ni jedno ni drugo ▼	Slažem se ▼	Izričito se slažem ▼
1 Moj rukovoditelj izražava pohvalu kada je posao obavljen prema usvojenim principima sigurnosti pacijenata	1	2	3	4	5
2 Moj rukovoditelj uzima u obzir prijedloge	1	2	3	4	5

osoblja za poboljšanje sigurnosti
pacijenata

3	U slučaju povećane količine posla moj rukovoditelj traži od nas da radimo brže, čak i po cijenu rada na prečac	1	2	3	4	5
4	Moj rukovoditelj zanemaruje probleme sigurnosti pacijenata koji se opetovano ponavljaju	1	2	3	4	5

ODJELJAK C: Komunikacije

Koliko često se u vašem radnom okruženju/odjelu događa sljedeće?

		Nikad ▼	Rijetko ▼	Ponekad ▼	Često ▼	Uvijek ▼
1	Dobivamo povratnu informaciju o promjenama uvedenim na osnovi prijave neželjenih događaja	1	2	3	4	5
2	Osoblje slobodno upozorava ako uoči nešto što može imati negativan učinak na liječenje bolesnika	1	2	3	4	5
3	Informirani smo o pogreškama koje se dogode na odjelu	1	2	3	4	5
4	Osoblje se osjeća slobodnim preispitivati odluke ili postupke pretpostavljenih	1	2	3	4	5
5	Na ovom odjelu raspravljamo o načinima kako spriječiti ponavljanje pogrešaka	1	2	3	4	5
6	Osoblje se boji postavljati pitanja kad im se čini da nešto nije u redu	1	2	3	4	5

ODJELJAK D: Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja

Koliko često šaljete prijavu kada se na vašem radnom mjestu/odjelu dogode sljedeće pogreške?

		Nikad ▼	Rijetko ▼	Ponekad ▼	Često ▼	Uvijek ▼
1	Kada se dogodi pogreška, ali bude <u>uočena i ispravljena prije no što naštetiti bolesniku</u> , koliko često to prijavite?	1	2	3	4	5
2	Kada se dogodi pogreška, ali <u>ne može izazvati štetne posljedice za bolesnika</u> , koliko često to prijavite?	1	2	3	4	5

3 Kada se dogodi pogreška koja može naškoditi bolesniku, ali nije naškodila, koliko često to prijavite? 1 2 3 4 5

ODJELJAK E: Razina sigurnosti pacijenata

Ocijenite prosječnu razinu sigurnosti pacijenata na svom radnom mjestu/odjelu. Označiti samo jedno.

A Odlična
 B Vrlo dobra
 C Prihvatljiva
 D Loša
 E Nikakva

ODJELJAK F: Vaša bolnica

Označite svoje slaganje ili neslaganje sa sljedećim navodima o vašoj bolnici.

Odnosi se na vašu bolnicu...	Izričito se ne slažem ▼	Ne slažem se ▼	ni jedno ni drugo ▼	Slažem se ▼	Izričito se slažem ▼
1 Bolnički menadžment stvara klimu koja poboljšava sigurnost pacijenata	1	2	3	4	5
2 Bolnički odjeli ne surađuju najbolje međusobno	1	2	3	4	5
3 Dokumentacija se zametne prilikom premještanja bolesnika s jednog odjela na drugi	1	2	3	4	5
4 Dobra je suradnja među bolničkim odjelima koji trebaju raditi zajedno	1	2	3	4	5
5 Važni podaci o liječenju pacijenata često se izgube prilikom primopredaje službe	1	2	3	4	5
6 Često je neugodno raditi s osobljem s drugih bolničkih odjela	1	2	3	4	5
7 Problemi uvijek nastanu pri razmjeni informacija između bolničkih odjela	1	2	3	4	5
8 Aktivnosti bolničkog menadžmenta pokazuju da je sigurnost pacijenata vrhunski prioritet.	1	2	3	4	5
9 Čini se da se bolnički menadžment zanima za sigurnost pacijenata samo nakon što je do neželjenog događaja došlo	1	2	3	4	5
10 Bolnički odjeli dobro zajedno surađuju da bi bolesnicima pružili najbolju skrb	1	2	3	4	5
11 Promjene smjena su za bolničke bolesnike problematične	1	2	3	4	5

ODJELJAK G: Broj izvještaja o neželjenom događaju

U posljednjih 12 mjeseci, koliko ste izvještaja o neželjenom događaju ispunili i poslali?: _____

ODJELJAK H: Osobni podaci

10. Ovi podaci mogu biti korisni u analizi rezultata ankete.

10.1 Koliko dugo radite u ovoj bolnici?

- a. Manje od 1 godine godina c. 6 do 10 godina e. 16 do 20 godina
 b. 1 do 5 godina d. 11 do 15 godina f. 21 godina ili više

10.2 Koliko dugo radite na svom trenutnom radnom mjestu/odjelu?

- a. Manje od 1 godine godina c. 6 do 10 godina e. 16 do 20 godina
 b. 1 do 5 godina d. 11 do 15 godina f. 21 godina ili više

10.3 Koliko obično sati tjedno radite u ovoj bolnici?

- a. manje od 20 sati tjedno c. 40 do 59 sati tjedno e. 80 do 99 sati tjedno
 b. 20 do 39 sati tjedno d. 60 do 79 sati tjedno f. 100 sati tjedno ili više

10.4 Koja je vaša pozicija u ovoj bolnici? Označiti jedan odgovor koji to najbolje opisuje.

- a. medicinska sestra i. odjelni činovnik/administrator
 b. viša medicinska sestra k. fizioterapeut
 e. odjelni liječnik l. tehničar (npr., EKG, Lab, Radiologija)
 f. specijalizant m. administracija/uprava
 g. farmakolog n. drugo, molimo navesti:
 h. dijetetičar _____

10.5 Jeste li na svom poslu u neposrednom kontaktu s bolesnicima?

- a. DA b. NE

10.6 Koliko dugo radite u svom trenutnom zvanju/specijalizaciji?

- a. Manje od 1 godine c. 6 do 10 godina e. 16 do 20 godina
 b. 1 do 5 godina d. 11 do 15 godina f. 21 godina ili više

ODJELJAK I: Vaši komentari

ŽIVOTOPIS

Hana Brborović rođena je 20.06.1983. u Zagrebu. Završila je Klasičnu gimnaziju u Zagrebu 2002. godine te iste godine upisuje Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Tijekom studija radila je kao demonstrator na Zavod za medicinsku biologiju i na Katedri za internu medicinu. Stručno se usavršavala na studentskim razmjenama u *Kliničkom centru Univerziteta u Sarajevu*, Bosna i Hercegovina; *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*, u Njemačkoj i *Allgemeines Krankenhaus Wien*, u Austriji. Dobitnica je Rektorove nagrade za najbolji rad 2007. godine i Dekanove nagrade 2008. godine za najbolju studenticu 6.godine. Medicinski fakultet završava 2008. godine te iste godine započinje pripravnički staž u KBC „Sestre milosrdnice“.

Godine 2009. zapošljava se kao znanstveni novak – asistent na Katedri za zdravstvenu ekologiju i medicinu rada, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Godine 2010. upisuje znanstveni poslijediplomski studij Biomedicina i zdravstvo te specijalistički poslijediplomski studij Medicina rada i športa kojeg završava 2015. godine i stječe akademski naziv Sveučilišna magistra medicine rada i športa. Godine 2013. započinje specijalizaciju medicine rada i športa.

Tijekom rada na Katedri boravila je na edukaciji *Ludwig-Maximilians Universität München*, u Njemačkoj. Koautor je više stručnih i znanstvenih radova, sedam znanstvenih članaka indeksiranih u *Current Contents-u*. Nastupila je na nizu kongresa s poster prezentacijama i predavanjima.

Dobitnica je *German Academic Exchange Service (DAAD) Scholarship* i *The IHI Open School and British Medical Journal Scholarship*.

Članica je Hrvatskog društva za medicinu rada.