

HOGYAN TEREMTHETJÜK MEG A MEGTARTÓ MUNKAKÖRNYEZETET?

Kiégett egészségügyi dolgozó, fogyó, elvándorló munkaerő! Lehet itt tenni valamit?

A mindennapok újságolvasó, tv-néző, nyitott szemmel járó embere számára nem kétséges, hogy az egészségügynek növekvő kihívással kell szembenéznie, ahhoz, hogy elegendő szakember legyen mind a jelenben, mind a jövőben. Az evidenciákon alapuló elemzések megállapították, hogy a munkakörülmények fontos tényezőnek minősülnek az egészségügyi dolgozók toborzása során, valamint a megtartásuk szempontjából is. Az egészségügyi munkakörülmények hatással vannak az ellátás színvonalára, ezért alapvető, hogy napjainkban tiszta és jól értelmezhető programokkal rendelkezünk annak érdekében, hogy megvalósítható, sikerrel kecsegtető, bevezethető lehetőségeket alkalmazzunk a kreatív és megtartó egészségügyi munkakörülmények megteremtésére, továbbfejlesztésére. Az egészségügyi szektor bonyolultsága, sok tényezős befolyásolhatósága miatt a munkakörülmények befolyásolása, az egészségügyi dolgozók toborzása, képzése több döntéshozó szektor erőfeszítése révén valósítható meg (oktatás, munkaügy, egészségpolitika) (1. 2. 3.)

Az egészségügyben dolgozók szempontjából általánosan meghatározó a fejlődést biztosító, pozitív munkakörülmények megteremtése, amelyek az egészségügyi szektor minden szegletét érintik. Az ezredfordulót követően az egészségügyi dolgozók globális migrációjának jelentkezésével egyidejűleg megindult a kutatás, hogy vajon melyek az okok, amelyek miatt a szakemberek elmennek vagy maradnak. Leegyszerűsítve kiderült, hogy a távozás, az elmenetel fő húzóereje - az u.n. „push factors” - az alacsony fizetés, a szegényes munkakörülmények, a korlátozott fejlődési, képzési és előmeneteli lehetőségek, a nem biztonságos munkahely, és a kilátástalanság a pozitív munkakörnyezet forrásainak létrejöttére. Ezért nem csoda, ha az egészségügyi dolgozó ott keres állást, ott adja el a szakértelmét és munkaerejét, ahol jobb életet és munkát talál, magyarul magasabb fizetést kap, jobban finanszírozott az egészségügyi rendszer - ezért jobbak a munkakörülmények, és nagyobbak a lehetőségek a szakmai fejlődésre és kiteljesedésre. Ezek a vizsgálatok rámutattak arra is, hogy ugyanezen okok miatt a fiatal generáció nem, vagy kevésbé választja az egészségügyi pályát.

A nővéri hivatást művelők között az alacsony fizetés miatti elégedetlenség a legerősebb. Számos európai országban az elégedetlenségi szint a felmérések szerint 58-90%! Az orvosoknál németországi felmérés szerint a döntéshozatal elismerése, a munkabiztonság, a folyamatos fejlődés és képzés és a kollegiális kapcsolat számít az elégedettségben. Az Európában várható demográfiai változások (az idősödő lakosság, az fiatalok csökkenő száma) alapján megjósolható, hogy az egészségügyi szakemberek iránti kereslet erőteljesen növekszik a közeljövőben. Az egészségügyi szektor alapvető eleme az európai országoknak, általában a teljes foglalkoztatottság 10%-át adja. A munkaerő piacnak meg kell küzdenie a fiatal generációért, hogy az egészségügyet válasszák hivatásként! Viszont az egészségügyi szektor nem képes számos kedvezőtlen munkafeltételt (éjszakai, hétvégi, ünnepnapos munkavégzés) megváltoztatni, ezért egyéb

kedvezményeket és csábító, hívogató munkakörülményt kellene ajánlani a fiatalok számára, hogy az egészségügyi hivatást vállalják! Az sem elhanyagolható tényező, hogy nemcsak a lakosság öregszik, hanem az egészségügyben szolgálók is rendre idősödnek. Sajnos az ezredforduló előtt Európa-szerte nem egészen átgondoltan restriktív intézkedések történtek az egészségügyi hivatást (orvos, nővér, stb.) választók létszámának csökkentésére még a képzés megkezdése előtt. A kedvezőtlen hatások egy évtizeddel később az ezredforduló után már érzékelhetőek voltak, ugyanis erősen érvényesült az egészségügy legalapvetőbb kihívása: „megnövekedett igények - csökkent erőforrások”. A demográfiai (migráció, elöregedés) és az epidemiológiai változások, valamint az ezekből adódó munkahelyi veszélyeztettség fokozódása (HIV, ebola, SARS vírus, TBC, multirezisztencia, stb.) az egészségüggyel szemben támasztott igények erőteljes növekedéséhez járultak hozzá nemcsak az ellátottak részéről, hanem azok oldaláról is, akik belül voltak, vagyis dolgozók, pályaválasztók részéről. (4. 5.)

Jelenleg sürgős változtatás és alapvető strukturális fejlesztés szükséges ahhoz, hogy az egészségügyi munkaerő képes legyen megfelelni az igényeknek és követelményeknek Európában. A munkakörülmények komplex javítása elengedhetetlennek látszik: a fizetések rendezése a megbízható és nyugodt munkavégzés érdekében, a munkaidő rugalmas megszervezése, a munkahelyi biztonság jelentős fokozása, a garantált életpályamodell, a szakmai és professzionális hivatás, az elismerés biztosítása állnak sorba az egészségügyi pályát választók megnyerése érdekében és lépéskényszert jelentenek a jelenlegi munkaerő megtartása miatt.

A megtartó egészségügyi munkakörnyezet

A „munkakörnyezet” az egészségügyben általánosabb és szélesebb fogalom, mint a „munka feltételek”, mert az előbbit az életmód és a munka kapcsolódásában használják, míg az utóbbit kizárólagosan az alkalmazottra és a munkára. A munkafeltételek a nemzetközi egészségügyi gyakorlatban magukba foglalják az alkalmazást (szerződés típusa), a jövedelmet (fizetés, juttatások, kedvezmények), a munkaidőt, a munkavédelmet, a szakmai fejlődést (képzés, továbbképzés), a munkaszervezést (személyzet, munkamegosztás). A munkakörnyezet úgy fogalmazható meg, mint az az egészségügyi felépítmény, feltételek, környező hatások, társadalmi elismerés, amelyekben az egészségügyi szakember kifejti és gyakorolja hivatását.

A megtartó egészségügyi munkakörnyezet úgy határozható meg, hogy az a minőségi egészségügyi munkahely, amely ösztönzi az egyént az egészségügyi hivatás választására, amely bátorítja, hogy hosszú távon (life-long) maradjon ebben a hivatásban, amely képessé teszi hivatása magasszintű gyakorlására, képességei, tudása, tehetsége teljes körű kifejtésére abból a célból, hogy az elérhető, legmagasabb szintű egészségügyi szolgáltatást nyújtsa. Az egészségügyi munkakörnyezetet többé - kevésbé a következő tényezők befolyásolják:

- a., szervezeti működés, vagyis az a belső infokommunikációs rendszer, amely képes és elhivatott arra, hogy a jó információt a megfelelő egyéneknek a kellő időben juttassa el,
- b., egyéni megelégedettség: pl. a szakemberek elismerése a menedzsment által, a betegek pozitív értékelése és az állami vezetők, valamint az országos vagy nemzetközi szakmai szervezetek által adott kitüntetések,
- c., a családi élet és a munka egyensúlya: pl. gyermekmegőrző, munkahelyi sportolási és szórakozási lehetőségek felajánlása a dolgozónak, a munkaidőn túli be- és visszahívások gyakoriságának csökkentése, a megvalósítható rugalmas munkakezdés bevezetése, családot bevonó munkahelyi társadalmi események szervezése,
- d., szakmai fejlődés biztosítása (kongresszusi részvétel, ösztöndíjak, szabbatikal év biztosítása, kutatásban, tudományos felmérésben, továbbképző kurzusokon való részvétel, mesterfokozat, tudományos minősítés megszerzésének támogatása)
- e., szervezeti egység kultúra: a bizalom bevezetése, mint kulcselem a munkahatékonyság szempontjából, kompetens vezetés.

Az a., b., és a c., pontokban felsorolt elemek bizonyítottan hatnak az egészségügyi ellátás minőségi színvonalára, a ellátás során elkövethető hibák létrejöttére, az egészségügyi dolgozók kiégettségének kialakulására és megelőzésére vagy éppen kezelésére, valamint a munkaerő elvándorlásra. (6.) Számos tanulmányban vizsgálták a pozitív, kreatív munkakörnyezet előnyös hatását a halálozási rátára, az újrabeutalások számára, kórházi benntartózkodás hosszára, és a beteg elégedettségre és megállapították a jelentős javulást a felsorolt minőségi mutatókban! (7. 8. 9. 10.). Az Európai Unióban az European Social Agenda és az European Employment Guidelines a munka minőség általános fokozása érdekében megalkotta a „több és jobb munka” jelszót. (11. 12.) A World Health Professional Associations 2008-ban bocsájtotta útjára a „Positive Practice Campaign”-t, az egészségügyi munkakörnyezetének jellemzőiről, amely biztosítja a dolgozók egészségét, biztonságát és jóllétét, párhuzamosan a magas minőségű betegellátás támogatásával. (13.)

Mit lehet tenni az egészségügyi munkakörnyezet javítására?

Már korábban utaltunk az egészségügyi munkakörnyezet komplex jellegére, és arra a specificitásra, amely az adott egészségügyi rendszerből, a nemzetközi standardokból és a regionális harmonizációs törekvésekből adódik. Ezért a megtartó egészségügyi munkakörnyezet javító reformtörekvései nemzetközi/regionális, nemzeti, szektorális és helyi szervezési szinten képzelhetőek el, amelyek igénylik megvalósításukra a politikai / egészségpolitikai összetartást és a reformtörekvések fenntarthatóságát. Nemzetközi szinten a foglalkozási biztonság és a munkaegészségügy standardjai, direktívái és irányelvei az ENSZ szaktestületei működésében kerülnek kidolgozásra és ajánlásra. Regionális szintű megközelítést a „Commission of the European Communities” publikált 2007-ben, amikor a törvényi hiányosságokra hívta fel a figyelmet a munka egészségügy

és biztonság regionális elemzése alapján. A nemzeti szintű aktivitás a törvénykezés, a szabályozás, a nemzetközi törvénykezéssel való harmonizációval és a rendszeres ellenőrzés, felmérés révén valósítható meg. Az egészségügyi szektor elsőrendű feladata a standardok és a törvénykezés adaptálása az egészségügyi szektorra, munkaügyre, munkakörnyezetre, valamint az adaptáció rendszeres monitorozása. Helyi szinten pedig figyelembe veendő, hogy a bérek növelése önmagában nem jelenti a munkakörnyezet javítását, sőt olykor más tényezők fontosabbak is lehetnek. (4.) Miután a munkakörnyezet tényezői sokrétűek, ezért a munkakörnyezet javítási stratégiáinak komplex, kombinált akciókat - beleértve a kellő javadalmazást - kell tartalmazniuk különböző szinteken, ugyanabban az időben. Számos gyakorlati példa létezik: 2008-ban a Cseh Köztársaságban a súlyos nővérhiány orvoslására „stabilizációs intézkedéseket” hoztak: (14.)

- pénzügyi vonalon a nővérek magasabb bérbesorolásba kerültek,
- a szakmai fejlődés biztosították a nővér szakképzés könnyebb elérésével és a folyamatos korszerű szakmai fejlődés állami támogatásával
- szakmai autonómiát vezettek be tárgyalások és törvénykezés segítségével, a nővéri kompetencia határokat kiszélesítették
- család és munka egyensúlyának megteremtése érdekében a szülési szabadságról való visszatérést támogatták, kórházi gyermekmegőrzőket hoztak létre, rugalmas munkakezdést és részállásokat teremtettek.
- a munkaerő regisztert, a nővérlétszámot és a tanulói létszámot folyamatosan elemezték.

2009-re a nővérhiány a felére csökkent, az elemzés szerint részint ezen intézkedések hatására, részint a gazdasági válság miatt megnövekedett munkanélküliség miatt. Belgiumban is érvénybe lépett 2008-ban egy négy éves országos terv a nővéri foglalkozás vonzóbbá tételére és az ellátás színvonalának emelésére (14.) (National Experts at the Policy Dialogues, Leuven, Belgium, 2010. April.):

- A nővérek munkaterhelését és stressz szintjét könnyítették több alkalmazottal, a kiegészítő minősítések felértékelésével, továbbá IT rendszerek széleskörű alkalmazásával a nővérek adminisztrációs terheinek jelentős csökkentésével.
- A munkaértékelések, a teljesítmények és a minősítések nagyobb munkahelyi, vezetői, társadalmi elismerést kaptak: több folyamatos képzést, több szakképzést nyitottak meg és bevezették a mesterfokú diplomát a nővéreknek.
- A bérezés jelentősen javult, extra fizetést adtak az u.n. „nem szociális órákban“ végzett munkáért és emelt munkabért kezdtek fizetni az elismert specialitásokban, valamint a vezető nővéri állásokban.

A menedzsmentben és a döntéshozatalban való nővéri részvételt jelentősen megemelték.

A „családbarát” munkahelyi lehetőségek a munkakörnyezet javítására.

A „munka-magánélet”, vagy a „munka-család” egyensúlyával való foglalkozás az egyik nagyon fontos irányvonala az egészségügyi szakdolgozó megtartásának és a családbarát politika része a jó munkakörnyezetnek az egészségügyi szektorban. A nemzetközi szervezetek, cégek, globális láncolatok többnyire elhanyagolják a családbarát politikát, ezzel is magyarázható a náluk észlelhető jelentős fluktuáció. Az egészségügyi munkaerő térkép a női dominanciával jellemezhető, amely nemcsak a hagyományos nővéri munkaerő arányt jellemzi, hanem mindinkább vonatkozik az orvosokra is. A legtöbb európai országban az orvostanhallgatók nagyobb része nő, az Egyesült Királyságban az orvostanhallgatók 70%-a, Belgiumban az orvosegyetemet újonnan végzettek 59,5%. Mindez annak a nagyon helyes világtrendnek az eredménye, hogy egyforma lehetőségeket kell biztosítani a hivatás választásában mindkét nemnek. Mindazonáltal számolni kell egyéb hatásokkal: a női orvosok az adatok szerint kevesebb munkaórát dolgoznak, különösen a gyermekáldás környékén. Az is tény, hogy a női orvosok valószínűbben korábban kívánnak visszavonulni (15.) A nők nagyobb családi terhet hordoznak, amely akadályozhatja hivatásuk fejlődését és kiteljesedését férfi kollégáikkal szemben. Az egyenlő lehetőség elvét a nemek egyensúlya által jelzett munkahelyek kedvezően aknázhatják ki. Külön kiemelt kérdés az anyaság. A jó egészségügyi munka környezetnek hozzá kell szoknia ahhoz, hogy a terhesség normális jelenség a nőnemű egészségügyi dolgozó életútja során és a terhes egészségügyi dolgozó igényeit támogatni javasolt a munkahelyi környezetben. Az ilyen típusú támogató munkahelyi környezet pozitívan hat a fiatalokra és elősegíti, hogy az egészségügyi hivatást válasszák! Ha a munkahelyi környezet (és vezetés) viszont nem foglalkozik a munka követelmények és a családi élet egyensúlyával és konfliktus alakul ki, annak következményei lesznek, mint például a stressz, a kiégés (burn-out szindróma) és az indokolatlan távolmaradás a munkahelyről, vagy éppen külföldi munkavállalás. (16.) Globális szinten az International Labour Organization Convention on Workers with Family Responsibilities 1981-ben kiadott standardjai fogalmazták meg az egyenlő esély szükségességét a családi felelősség mellett dolgozó nők és férfiak számára, az EU-ban pedig hasonló alapelvvel a 2008-as irányelvek érvényesek. A nemzeti szintek különbözőek, azonban az államok szociális politikája egységes abban, hogy a terhes nőt megilleti a munka biztonsága, a védelem a munkahelyen, a szülési szabadság és a pénzügyi kompenzáció a csökkent alkalmazásért. Szabályozások tehetik lehetővé a változtatható munkaidőt, a csökkentett munkaórákat éjszaka, és a veszélyes munkának való kisebb expozíciót.

Intézményi szinten tehát a „családbarát” intézkedések a következők lehetnek:

- akadálytalan átmenet a „rendszeres” munkaköri terhelésből a terhesség által megkívánt „adaptált” munkakörbe,
- rugalmas munkaórák felajánlása,
- veszélyes munkakörülmények minimalizálása, és az ártalom kiiktatása mind az anya, mind a születendő gyermek számára.

A „munka- család egyensúly“ érdekében tehető intézkedések:

- szülési szabadság,
- munkahelyi szabadság beteg gyermek miatt,
- csökkentett munkaóraszám egy időre,
- gyermekmegőrző felajánlása.

Számos egyedi, megtartó célzatú intézkedés hozható intézeti szinten: Berlinben a nagy hírű University Hospital Charite például „apák tanácsadója” pozíciót létesített, hogy a család-munka egyensúly érdekében a dolgozók munkahelyi segítséget kapjanak.

Az egészségügyi dolgozók egészségvédelmének fokozása a biztonságosabb munkakörnyezettel

Az egészségügyi szektorban dolgozni veszélyes! Az EU27-ben már 2005-ben az egészségügyi dolgozók 40%-a úgy vélte, hogy munkája káros / egészségkárosító hatással van az egészségére. A foglalkozási egészségi kockázatok, mint például a biológiai kockázat, a fertőzés, amelyet éles tárgy, túlnyomórészt injekciós tű okoz, a kórokozó baktériumokkal való érintkezés, a kémiai anyagok, az ionizáló sugárzás, a mozgásszervi károsodás: tartós járás, állás, betegemelés és a pszichés károsodás veszélye, a stressz, a betegagresszió szinte mindennaposak lehetnek munkahelyi védelem nélkül és taszítóak lehetnek az egészségügyi karrier választása szempontjából, vagy éppen a munkahely vagy a hivatás elhagyására ösztökélnek. Napjainkban újabb veszélyek is megjelentek: a modern biológiai és a pszichológiai kockázat. Az egészségügyi szakemberek biológiai kockázata jelenti fertőző betegségek újra megjelenését, gyógyszerrezisztens patogén baktériumok kialakulását, mint például a tbc, malária. Az új fertőző betegségek mint például a SARS, ebola óriási kockázatot és kihívást jelentettek.

A sérülések, amelyek a fertőzött hulladékkal való érintkezés során keletkeznek, különösen az injekciós tű okozta sérülés a HIV fertőzés, a Hepatitis B, és C, mindösszesen 20 féle kórokozóval való infektálódás veszélyével járnak. Úgy értékelik, hogy csak Európában évente 1 millió injekciós tűsérülés keletkezik! (17.18.) Ezért a WHO 2009-2012-es programja 6 területre fókuszál a megelőzés érdekében (19.):

- tű okozta szúrás/vágás,
- mozgásszervi munkahelyi sérülések / ergonómia,
- stressz/munkaszervezés,
- gyógyszerrel kapcsolatos kockázat,
- légzőszervi kockázat,
- kockázat értékelés, felmérés- vezetési eszközök és információ megosztás.

Az egészségügyi szakemberek kiégése (burn-out syndroma) és megelőzése

Az egészségügyi szolgáltatások minősége áll az első helyen a globális egészségügyet érintő kihívások között. A növekvő igények és követelmények, a csökkenő egészségügyi dolgozói szám mellett egyúttal az orvostudomány és a technológia hihetetlen fejlődése a munkaterhek és a stressz növekedéséhez vezetett, amely viszont a tévedések számának növekedését és az ellátás minőségének csökkenését okozhatja. (20. 21.) Az elmúlt két évtizedben az ellátó rendszer változásai, a munkaterhek növekedése, az idős betegek számának szignifikáns emelkedése, a folyamatos kapcsolat súlyos, olykor gyógyíthatatlan betegekkel, valamint az egészségügyi munkakörnyezet negatív tényezői egy speciális jelenséghez, az egészségügyi dolgozók kiégéséhez (burn-out syndroma) vezethetnek.(23.)

A kiégés a szellemi, az érzelmi és a fizikai kimerültség állapota. (24.) A kiégésben fáradtság érzés, alacsony önértékelés, szegényes koncentráció készség, érzelmi elszegényedés, személytelenségi önkép mind-mind jelentkezik az egészségügyi dolgozóknál. A nővérek negatív önértékelése, a beteg panaszainak hiányos felfogása, a koncentrációs képtelenség tévedésekhez, olykor végzetes hibákhoz vezethet.(25.) A nővérek kiégése csökkenti a munkájuk eredményességét, és bizonyíthatóan csökkenti az ellátás minőségét (26.) Ebben a vizsgálatban azt találták, hogy a nővérek emocionális kimerülése kapcsolatban volt a munkahelytől való indok nélküli távolmaradással, és a súlyos személyi és familiáris problémák gyakoriságával. Suner-Soler és szerzőtársai (27.) 2014-ben azt észlelték, hogy a nővérek elszemélytelenedése és az ellátásban elkövetett szakmai hibák között szoros összefüggés van. Poghoshya (28.) 2010-ben 6 országra kiterjedő felmérését publikálta a nővéri kiégésről és azt találta, hogy a kiégés és az ellátás alacsony minősége szoros kapcsolatban van! Belgiumban Van Bogaert (29.) 2014-ben 709 nővérrel végzett objektív felmérése is az derült ki, hogy az elszemélytelenedés és az érzelmi kimerülés alapvető meghatározói a nővéri ellátás minőségének. A kiégés és az ellátásban észlelt hibák és tévedések összefüggéseinek vizsgálatából világossá vált, hogy a kiégés és a betegbiztonság között szoros összefüggés van! (30.)

Van Bogaert (29.,) 2014-ben (Belgium) arra a megállapításra jutott, hogy a „nővéri hatékony menedzsment“, valamint a „nővér - orvos együttműködés“ javítása mind egység, mind kórházi szinten pozitívan befolyásolja a kiégés gyakoriságát és súlyosságát, ezáltal megtartó hatású. Mudallal (21.) 2013-ban Jordánban foglalkozott a nővéri kiégéssel és arra a következtetésre jutott, hogy a kreatív munkakörnyezet, a hatékony vezetés, a nővéri munka és eredmények napi értékelése és elismerése a nővérek munkaelégedettségét és a munkahelyhez való ragaszkodást fokozza. Mudallal (21.) 2016-ban Jordanban ismételtén végzett felmérést, vizsgálta 270 nővér kiégettségét az érzelmi kimerültség (Emotional Exhaustion: EE), az elszemélytelenedés (Depersonalisation: DP) és az egyéni teljesítmény (Personal Accomplishment: PA) vonatkozásában. Az analízis szerint a magas szintű érzelmi kimerültség és elszemélytelenedés szorosan összefüggött a szegényes nővéri teljesítménnyel. Jacobs (22.) 2016-ban utalt arra, hogy a folyamatos kapcsolat szenvedő betegekkel, a

munkaköri túlterheltség, a rossz munkakörülmények, a bonyolult technológia megnövekedett használata, különösen, ha fokozott szociális felelősséggel (család - otthon) társul fokozza a kiégés mértékét. Az autonómiával felruházott nővéri menedzsment viszont megváltoztathatja a munkakörülményeket, csökkenheti a munkahelyi stresszt, javíthatja a nővérek munkaelégedettségét. A felmérések azt is kimutatták, hogy a fiatal nővérek jobb minőségű ellátást nyújtanak, ami már a nővérképzés nemzetközi szintű javulásának az eredménye, de ez a tény egyúttal magában hordja, hogy indokolt folyamatos program keretében tanítani a minőségi dimenziókat, az informatikát és a stressz menedzsmentet.

Nemzeti szintű cselekvési programok jöttek létre az ezredforduló környékén, amelyekben a konkrét célok (kiégés elleni küzdelem, minőségi munka, szakdolgozó megtartása) túlmenően közös szándékként érvényesül a mai napig az egészségügyi szektor gyökeres és általános megváltoztatásának igénye. Hollandiában a „Take Care” vagyis Vigyázz Magadra országos mozgalomnak az a célja, hogy megóvja az onkológiai ellátásban dolgozókat a kiégéstől csoport alapú stressz kezeléssel. A munkakörnyezet megváltoztatásának modern koncepciójában megemlíthető a „Great Place to Work” vagyis a Kiváló Munkahely amerikai mozgalom és a Health Promoting Hospital Network, vagyis az Egészség Segítő Kórházak szerkezete.(31. 32.33.) Ezek a cselekvési programok nemzetközi, nemzeti és szektorális szinten szerkezetet jelenthetnek politikai és pénzügyi támogatás megléte esetén. Sajnos egyik modell sem kapcsolódik közvetlenül az ellátás minőségéhez és eredményeihez. A 80-as években indult útjára a „Magnet Hospitals” vagyis Mágnes Kórházak program az USA-ban az American Academy of Nursing kezdeményezésére. A jó eredményeket felmutató programhoz (14 meghatározó elem) az USA 344 kórházából mintegy 340 csatlakozott, volt néhány kórház az Egyesült Királyságban is, de az NHS nem támogatta, ezért végül is bezárásra kerültek. A program eredményei: alacsonyabb halálozás, alacsonyabb 30 napos halálozás, alacsonyabb szövődmenyt követő halálozás és kevesebb szövődmeny. A Mágnes Kórház program hátránya, hogy kizárólagosan a nővéri hivatásra és körülményeire, környezetére koncentrált. (31. 32.)

Az egészségügyi munkakörnyezet megváltoztatásának és egészségügyi dolgozók kiégése kezelésének korszerű lehetőségei felrajzolnak egy víziót, amely már megváltozott szerkezetű egészségügyi ellátást sejtet a jövőben nővéri autonómiával, nővér menedzsmenttel, emelt szintű finanszírozással és nővéri létszámmal, folyamatos képzési programmal a fejlett orvosi technológia, IT, és minőségértékelés területén. Ez a változás együtt jár az egészségügyi munkakörnyezet és munkakörülmények gyökeres megváltozásával. Az egészségügy politikai döntéshozóinak multiszektoriális együttműködése nélkülözhetetlen az egészségügyi munkaerő folyamatos szisztémás kapacitásának biztosítására. A társadalmi egyeztetés sem hanyagolható el, amire iskolapélda a „Social Dialogue Committee for Hospitals of the European Union (EU)”. A cél az egészségügyi munkakörülmények és az egészségügyi ellátás minőségének fokozása társadalmi konszenzussal.

Irodalmi források:

- 1., Wiskow C, et al.: Health workers migrations flows in Europe: overview and case studies selected in SEE countries- Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia. GENEVA. International Labour Office. 2006.
- 2., WHO Regional Office for Europe: Health workforce policies in the European Region. (Report to the Regional Committee, Fifty –seventh session, Belgrade, Serbia, 17-20. September 2007: EUR/RC57/9+ EUR//RC/57/Conf.Doc./3
- 3., Buchan J.: How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008
- 4., Organisation for Economic Cooperation and Development. The looming crisis in the health workforce- how can the OECD countries respond? PARIS, Organisation for Economic Cooperation and Development. 2008.
- 5., Wells J.S., Norman L.J.: The “graying“ of Europe- reflexing the state of nursing and nurse education in Europe. Nurse Education Today 2009. 29. 811-815.
- 6., Munoz de Bustillo, et al.: Indicators of job quality in the European Union, Brussels, European Parliament, 2009.
(<http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN>, accessed 17April 2010.)
- 7., Aiken L.H, Smith H., Lake E.T.: Lower Medicare mortality among set of hospitals known for good nursing care. Medical Care, 1994 32 771-787.
- 8., Freese C. R.: Nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. Health Service Research 2008. 43, 1145-1163.
- 9., Tourangeau A.E. et al.: Impact of hospital nursing care on 30–day mortality for acute medical patients. Journal of Advanced Nursing 2007. 57., 32-44.
- 10., Unruh L: Licensed nurse staffing and adverse events in Hospitals. Medical Care 2003. 47 142-152.
- 11., Council of European Union. Guidelines for the Employment Policies of the Member States. 2008. (<https://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st10/st10614-re02.en08pdf>, asseseed 2. July 2010)
- 12., Positive Practice Campaign: Positive practice environment for health care professionals (fact-sheet) GENEVA. International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation 2008.
- 13., Voss.E.: Working conditions and social dialogue-national frameworks, empirical findings and experience of good practice at enterprise levels in six European Countries (Draft Report) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2009.
(<https://eurofund.europa.eu/docs/eventsconfwork09/draftreport.pdf>, accessed 8.April 2010.)

- 14., National Experts at the Policy Dialogue, Leuven. Belgium. 2010. April.
- 15., Simoens S., Hurst J., The supply of physician services in OECD countries. (OECD Health Working Paper, No.21) PARIS, ORGANISATION for ECONOMIC COOPERATION and DEVELOPMENT 2006.
- 16., Hansen N. Sverke M., Naswall K.: Predicting nurse burn-out from demands and resources in three acute care hospitals under the different forms of ownership: cross-sectional questionnaire survey. *Nursing Studies* 2009. 46. 96-107
- 17., European Agency on Safety and Health at Work (OSHA) Health and Safety of healthcare staff (<https://osha.europa.eu/en/sector/healthcare>, accessed 4 April 2010)
- 18., De Raeve, P.: Sharp injuries- stepping up to the challenge in Europe. BRUSSELS. European Federation of Nurses Association 2010. (https://www.efnweb.org/version1/en/networks_articles.thml, accessed 6 April 2010)
- 19., WHO. WHO best practices for injections and related procedure toolkit. GENEVA. WHO. 2010. (https://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf, assessed 2 July 2010.)
- 20., Institute of Medicine (IOM): Delivering High-Quality of Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis. National Academic Press. WASHINGTON D.C. 2013.
- 21., Mudallah R. H., et al.: Predictors of Quality of Nursing Care: the Influence of Work Conditions and Burnout. *Global Journal of Health Science* 2016. 9 163-173.
- 22., Jacobs. A. et al.: Employment transitions, child care conflict and the mental health of low income urban women with children. *Women's Health Issues* 2016. 26. 366-376
- 23., Patrick K.: Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2007. 24. 43-48
- 24., Azeem S., et al: Role of stress and burnout among nurses in private hospitals. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2014. 28. 622-640
- 25., Montgomery A., et al: Connecting organizational culture and quality of care in the hospital: Is the burnout the missing link? *Journal of Health Organization and Management*. 2011. 25, 108-123.
- 26., Leiter M.: Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management* 2009. 17. 331-339.
- 27., Suner Soler R. et al.: The consequences of burnout syndrome among health care professionals in Spain and Spanish-speaking Latin-American Countries. *BURNOUT RESEARCH* 2014. 1. 82-89.
- 28., Poghosya L., et al.: Nurse burnout and quality of care. Cross-national Investigation in six countries. *Research in Nursing and Health* 2010. 33. 288-298.
- 29., Van Bogaert P., et al.: Practice environment, work characteristics and levels of burnout as predictors of nurse reported job outcomes, quality of care and patient

adverse events. A study across residential aged care services. *Open Journal of Nursing* 2014. 4. 343-355.

30., Laschinger H., et al.: The impact of nursing work environments on patient safety outcomes The mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration* 2006. 259-267.

31., McLure M. et al.: Magnet hospitals, attraction, retention of professional nurses. Kansas City. *American Academy of Nursing*. 1983.

32., Aiken L.H. et al.: Transformative impact of Magnet designation. England case study. *Journal of Clinical Nursing* 2008. 17. 3330-3337.

33., WHO Regional Office for Europe. Health Promoting Hospitals Network (HPH) Copenhagen. (<https://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph> assessed 4 June 2010.)