



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Magistrsko delo
študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**OCENA IZVEDENIH REDNIH
INDIVIDUALNIH STROKOVNIH
NADZOROV S SVETOVANJEM PRI
IZVAJALCIH ZDRAVSTVENE NEGE V
OBDOBJU OD 2019 DO 2021 – RAZISKAVA
MEŠANIH METOD**

**EVALUATION OF THE PERFORMED
REGULAR INDIVIDUAL PROFESSIONAL
SUPERVISION AND COUNSELLING AT
HEALTHCARE PROVIDERS BETWEEN 2019
AND 2021: A MIXED METHODS STUDY**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Monika Ažman

Ljubljana, februar, 2025

ZAHVALA

Posebno zahvalo namenjam svojemu mentorju doc. dr. Branku Bregarju, ki me je s svojim strokovnim znanjem, potrpežljivostjo in koristnimi nasveti usmerjal ter spodbujal med celotnim procesom raziskovanja in pisanja. Hvaležna sem tudi recenzentkama, doc. dr. Saši Kadivec in izr. prof. dr. Ireni Grmek Košnik, za njune dragocene pripombe, predloge in konstruktivno kritiko, ki so pomembno prispevale k izboljšanju kakovosti magistrskega dela.

Zahvaljujem se lektorici Jelici Žalig Grce, univ. dipl. nov., ki je s svojim delom poskrbela za jezikovno dovršenost magistrskega dela.

Iskrena hvala strokovnjakom s področja zdravstvene nege, ki ste sodelovali v kvalitativnem delu raziskave in s svojimi izkušnjami, pogledi in stališči pomembno prispevali k raziskavi predmetne tematike.

Hvala kolegicam in kolegom ter sodelavcem, vaša pomoč in spodbuda sta mi veliko pomenili. Ne nazadnje se zahvaljujem vsem, ki ste kakor koli prispevali k nastanku tega dela. Dragi domači, vaš prispevek je neprecenljiv in iskreno cenjen.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Strokovni nadzor s svetovanjem omogoča ohranjanje avtonomije izvajalcev zdravstvene nege ob izpolnjevanju visokih standardov kakovosti zdravstvene nege.

Cilj: Cilji raziskave so bili pri izvajalcih zdravstvene nege preveriti nekatere parametre o njihovi strokovni usposobljenosti ter raziskati mnenje vseh, ki so vključeni v strokovni nadzor s svetovanjem pri izvajanju individualnih strokovnih nadzorov.

Metoda: Uporabljena je bila mešana metoda empiričnega raziskovanja. V kvantitativnem delu je uporabljena neeksperimentalna raziskovalna metoda. Izvajalci zdravstvene nege ($n = 213$) so bili izbrani naključno, večina med njimi je bila po izobrazbi diplomirana medicinska sestra ($n = 104$; 48,8 %). Za statistično obdelavo je bil uporabljen program IBM SPSS 28.0. Vrednost $p < 0,05$ je določala mejo statistične značilnosti. V skupinski intervju smo vključili devet udeležencev. Za analizo kvalitativnih empiričnih podatkov je bila uporabljena kvalitativna vsebinska analiza.

Rezultati: Izvajalci zdravstvene nege na primarni in sekundarni ravni so najbolj samoiniciativni pri pridobivanju znanja in spremljanju stroke ($F = 8,053$; $p < 0,001$). Višja izobrazba je bila povezana s pogostejšo udeležbo na internih ($r = 0,277$; $p < 0,001$) in eksternih izobraževanjih ($r = 0,430$; $p < 0,001$). Višja ocena zagotavljanja kakovosti in varnosti ($B = 0,54$; $SE = 0,06$; 95 % IZ = 0,42–0,67), boljše upoštevanje doktrin, standardov in protokolov ($B = 0,50$; $SE = 0,08$; 95 % IZ = 0,35–0,65), uporaba in praktično preverjanje standardov in protokolov ($B = 0,30$; $SE = 0,07$; 95 % IZ = 0,16–0,44) ter boljše poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti ($B = 0,39$; $SE = 0,06$; 95 % IZ = 0,28–0,51) je statistično značilno povezano z udejstvovanjem v vseživljenjskem izobraževanju ($p < 0,001$). Rezultati kvalitativnega dela so pokazali, da je bil za večino sodelujočih nadzor pozitivna izkušnja.

Razprava: Vseživljenjsko izobraževanje je najbolj pojasnjevalo kakovost in varnost izvajalcev zdravstvene nege. Izvajalci zdravstvene dejavnosti bi zato morali spodbujati vseživljenjsko izobraževanje. Pomembno vlogo pri izboljšanju strokovnih kompetenc imajo tudi strokovni nadzori s svetovanjem.

Ključne besede: usposobljenost kadra, kakovost in varnost v zdravstveni negi, strokovni nadzori s svetovanjem, vseživljenjsko izobraževanje, etična načela

SUMMARY

Theoretical background: Professional supervision with advising enables the maintenance of nursing practitioners' autonomy while adhering to high standards of nursing care quality.

Goals: The objectives of the research were to assess the professional competences of nursing care providers and to investigate the opinion of all those involved in professional supervision regarding the implementation of individual professional supervision.

Methods: The quantitative part of the research employed a non-experimental research method. Healthcare professionals ($n = 213$) were randomly selected, with the majority being registered nurses ($n = 104$; 48.8%). IBM SPSS 28.0 software was used for statistical analysis. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$. A total of nine participants were included in the focus group interview. Qualitative content analysis was employed to analyze the qualitative empirical data.

Results: Nurses at the primary and secondary levels were more motivated to acquire knowledge and stay abreast with professional development compared to those at the tertiary level of health care and social services ($F = 8.053$; $p < 0.001$). Higher education of nurses was associated with more frequent participation in internal ($r = 0.277$; $p < 0.001$) and external training ($r = 0.430$; $p < 0.001$). A higher assessment of quality and safety assurance ($B = 0.54$; $SE = 0.06$; 95 % IZ = 0.42-0.67), better adherence to doctrines, standards and protocols ($B = 0.50$; $SE = 0.08$; 95 % IZ = 0.35-0.65), use and practical verification of standards and protocols ($B = 0.30$; $SE = 0.07$; 95 % IZ = 0.16-0.44), and better knowledge of ethical principles and appeal channels ($B = 0.39$; $SE = 0.06$; 95 % IZ = 0.28-0.51) were all significantly related to engagement in lifelong learning ($p < 0.001$). The results of the qualitative research showed that supervision was a positive experience for most participants.

Discussion: Lifelong education was the most significant factor explaining the quality and safety of nursing practitioners. Therefore, healthcare organizations should encourage lifelong education. Professional supervision with counseling also plays an important role in improving professional competences.

Key words: nursing staff competences, quality and safety in nursing, professional supervision, lifelong learning, ethical principles

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	OPREDELITEV KAKOVOSTI IN VARNOSTI	3
2.2	KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVU	4
2.3	POMEN VSEŽIVLJENJSKEGA IZOBRAŽEVANJA NA KAKOVOST IN VARNOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE	6
2.4	JAVNA POOBLASTILA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE	7
2.4.1	Izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstveni negi.....	8
2.4.2	Izvajanje rednih individualnih strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstveni negi	9
3	EMPIRIČNI DEL	10
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	10
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	11
3.3	METODE RAZISKOVANJA	12
3.3.1	Dizajn raziskave.....	12
3.3.2	Instrument raziskave	13
3.3.3	Udeleženci raziskave	16
3.3.4	Potek raziskave in soglasja	18
3.3.5	Obdelava podatkov	19
3.4	REZULTATI	20
3.4.1	Rezultati kvantitativno zasnovanega dela raziskave.....	20
3.4.2	Preverjanje hipotez	24
3.4.3	Rezultati kvalitativno zasnovanega dela raziskave.....	32
3.4.4	Dojemanje strokovnih nadzorov s svetovanjem – vidik nadzorovanih	32
3.4.5	Dojemanje strokovnih nadzorov s svetovanjem – vidik članov komisije za nadzor	34
3.4.6	Dojemanje strokovnih nadzorov s svetovanjem – vidik managementa zdravstvene nege.....	36
3.5	RAZPRAVA.....	37
3.5.1	Omejitve raziskave	46

3.5.2	Prispevek za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	46
4	ZAKLJUČEK	47
5	LITERATURA.....	48
6	PRILOGE	
6.1	PRILOGA 1: INSTRUMENT	
6.2	PRILOGA 2: REZULTATI	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Koeficient Cronbach alfa za sklope trditev	15
Tabela 2: Opis vzorca	16
Tabela 3: Delovna doba izvajalcev zdravstvene nege	17
Tabela 4: Moč povezave Pearsonovega korelacijskega koeficienta (r).....	20
Tabela 5: Strokovna usposobljenost izvajalca zdravstvene nege za delovno mesto	20
Tabela 6: Udeležba izvajalca zdravstvene nege na izobraževanjih	21
Tabela 7: Zagotavljanje kakovosti in varnosti.....	21
Tabela 8: Upoštevanje doktrin, standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi.....	22
Tabela 9: Neposredna uporaba in praktično preverjanje izvedbe standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi.....	22
Tabela 10: Poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti	23
Tabela 11: Zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege	23
Tabela 12: Skupna ocena strokovnega nadzora s svetovanjem	24
Tabela 13: Odnos izvajalcev zdravstvene nege do pridobivanja znanj in spremljanja razvoja stroke.....	25
Tabela 14: Povezava med izobrazbo in strokovno usposobljenostjo izvajalca zdravstvene nege z udeležbo na internih in eksternih izobraževanjih	26
Tabela 15: Linearni regresijski model vpliva dejavnikov na zagotavljanje kakovosti in varnosti	27
Tabela 16: Linearni regresijski model vpliva dejavnikov na upoštevanje doktrin, standardov in protokolov	28
Tabela 17: Linearni regresijski model vpliva dejavnikov na neposredno uporabo in praktičnim preverjanjem standardov in protokolov.....	30
Tabela 18: Linearni regresijski model vpliva dejavnikov na poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti.....	31
Tabela 19: Kategorije in kode – vidik nadzorovanih	34
Tabela 20: Kategorije in kode – vidik nadzornikov	36
Tabela 21: Kategorije in kode – vidik managementa	37

SEZNAM OKRAJŠAV

COVID-19	bolezen, ki jo povzroča virus SARS-CoV-2 (angl. Coronavirus Infectious Disease – 19).
IOM	Inštitut za medicino (angl. Institute of Medicine)
NAM	Nacionalna akademija za medicino (angl. National Academy of Medicine)
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SOK	Slovensko ogrodje kvalifikacij
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
ZDA	Združene države Amerike
ZZDej	Zakon o zdravstveni dejavnosti
ZN	Zdravstvena nega
ZBN	Zdravstvena in babiška nega
Ur. l. RS	Uradni list Republike Slovenije

1 UVOD

Zagotavljanje kakovosti in varnosti je prednostna naloga vseh naprednih zdravstvenih sistemov. Temelji na sodelovanju multidisciplinarnih znanj, spodbujanju timskega dela in povezovanju zdravstvenih delavcev in sodelavcev s pacienti (Ministrstvo za zdravje, n.d.a). Cilj zdravstvene obravnave ni le v zagotavljanju zdravljenja in podaljševanju življenjske dobe, temveč tudi v ustvarjanju kakovostnega življenja za vse, ki potrebujejo pomoč (Berman, et al., 2022). Vodenje kakovostnih zdravstvenih storitev mora biti zato strateška odločitev posameznih izvajalcev zdravstvenih dejavnosti, kot so bolnišnice, zdravstveni domovi in socialnovarstvene ustanove, pri čemer kakovost vključuje učinkovitost, dostopnost, pravičnost in varnost (Robida, et al., 2020).

Definicija kakovosti, ki jo je leta 1990 oblikoval Ameriški inštitut za medicino, poudarja povečanje želenih zdravstvenih izidov za posameznike in populacijo v skladu s strokovnimi znanji (Institute of Medicine, 1990). Tudi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO, 2020a) opredeljuje kakovostno zdravstveno oskrbo kot tisto, ki zagotavlja dostopno, uspešno in varno obravnavo. Osnova za to so kompetentni, motivirani in zadovoljni zdravstveni delavci, pri čemer izvajalci zdravstvene nege predstavljajo največjo skupino med njimi. Ti imajo velik vpliv na varnost zdravstvenega sistema, vendar se hkrati soočajo z globalno krizo pomanjkanja kadrov, kar otežuje ohranjanje kakovosti storitev (Duan & Shi, 2014; Orozco, et al., 2018; Roth, et al., 2022). S pomanjkanjem delovne sile je nujno usposabljanje obstoječih kadrov, da bodo lahko zagotavljali kakovostne in varne storitve v spremenjenih okoliščinah (Harnois-Church, et al., 2024).

Pomemben dejavnik zagotavljanja kakovosti in varnosti v zdravstveni negi je vseživljenjsko izobraževanje, ki je ključno za nadgrajevanje znanja in ohranjanje visokih standardov ter omogoča prilagajanje novim dognanjem in tehnologijam (Bhatarasakoon & Chiaranai, 2024). Slovenija že v svojem nacionalnem programu izobraževanja poudarja pomen vseživljenjskega izobraževanja za osebni in profesionalni razvoj, saj izobraževanje, pridobljeno v mladosti, danes več ne zadostuje za sodobne izzive v zdravstvu (Jelenc, 2016; Skela Savič, 2017a). Pri tem so ključne smernice in standardi za

spremljanje kakovosti dela, nadzor lastnega dela in strokovna praksa, podprta z dokazi, ki temeljijo na znanstvenem raziskovanju in inovacijah v stroki. Razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline je v Sloveniji nacionalna odgovornost, ki vključuje postavljanje standardov kakovosti in kazalnikov napredka, saj zdravstvena nega kot družbeno odgovorna znanstvena disciplina prispeva k izboljšanju zdravja prebivalstva (Skela Savič, 2017b).

Regulacija in nadzor nad izvajanjem zdravstvene in babiške nege omogočata večjo avtonomnost stroke ter učinkovitejšo implementacijo sprememb in izboljšanje kliničnih praks. Namen regulacije je zaščititi tako izvajalce kot uporabnike zdravstvenih storitev pred slabimi praksami, postaviti standarde in kompetence za izvajanje dejavnosti, obenem pa omogoča uporabo poklicnih nazivov le za tiste, ki izpolnjujejo predpisane standarde. Ob neizpolnjevanju teh standardov so možne sankcije, kot je izbris iz registra izvajalcev (Kramar, et al., 2018a; 2018b). Ena izmed ključnih metod za doseganje pozitivnih zdravstvenih izidov in zagotavljanje skladnosti z najboljšimi praksami je strokovni nadzor v lastni stroki ali tako imenovani "peer review". Ta proces omogoča izvajalcem zdravstvene in babiške nege, da kritično pregledajo in izboljšajo svoje prakse, spodbuja promocijo stroke in povečuje strokovno avtonomnost. Avtonomija v zdravstveni negi omogoča izvajalcem sprejemanje strokovnih odločitev in odgovorno izvajanje nalog, kar izboljšuje kakovost oskrbe ter zagotavlja upoštevanje potreb pacientov. Po drugi strani strokovnost vključuje visoko stopnjo usposobljenosti in kompetentnosti, kar zagotavlja varno in kakovostno oskrbo ter krepi zaupanje v zdravstvene storitve (Murphy, et al., 2018). Kramar s sodelavci (2018a) poudarja pomen strokovnega nadzora za skladnost z najboljšimi praksami ter za nenehno izboljševanje strokovne prakse. Vendar pomen strokovnih nadzorov s svetovanjem, ki jih izvaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza), še ni bil raziskovalno ovrednoten. Namen te raziskave je torej oceniti vpliv in učinkovitost strokovnih nadzorov na kakovost zdravstvene nege v Sloveniji.

2 TEORETIČNI DEL

Kakovost v zdravstvu je pogosto sinonim za varnost pacientov. SZO je varnost pacientov opredelila kot preprečevanje napak in zmot, ki bi negativno vplivale na paciente in jim škodovala (SZO, 2020b). Nevarne zdravstvene prakse se pripisujejo poškodbam, invalidnosti in celo smrti neštetihih pacientov po vsem svetu in črpajo redke vire zdravstvenih ustanov za ublažitev nastale škode. Zato je varnost pacientov priznana kot temelj kakovostne zdravstvene oskrbe, strategije za varnost pacientov pa so na splošno sprejete kot sestavni del zdravstvenih ustanov in organizacij po vsem svetu (Aiken, et al., 2017; O'Hara & Canfield, 2024). V raziskavi Stavropoulou s sodelavci (2022) medicinske sestre dojema kakovost zdravstvene oskrbe kot večdimenzionalni koncept, ki vključuje individualiziran pristop k pacientu, učinkovito komunikacijo, empatijo, strokovno usposobljenost ter organizacijsko podporo.

2.1 OPREDELITEV KAKOVOSTI IN VARNOSTI

Razprave o varnosti pacientov v bolnišnicah so pogosto obravnavana tema v medijih v zadnjih dveh desetletjih. Letno se samo v Združenih državah Amerike (ZDA) zgodi vsaj 1,5 milijona incidentov, ki bi jih bilo mogoče preprečiti (Harolds, 2015). Letni izdatki, povezani z varnostnimi incidenti, znašajo v ZDA približno 20 milijard dolarjev, pri čemer se polovica zahtevkov nanaša na ambulantno zdravstveno oskrbo (Salar, et al., 2020). S tem se poraja nesporna potreba po ponovnem premisleku o modelih zdravstvenega varstva, ki se uporabljajo za zagotavljanje varnosti pacientov. Napako ali incident lahko opredelimo kot dogodek ali okoliščino, ki bi lahko povzročila nepotrebno škodo pacientu in je lahko posledica namernih ali nenamernih dejanj (Ahsani-Estahbanati, et al., 2022). Napake so eden od najbolj kritičnih izzivov, s katerimi se sooča zdravstvena stroka. Najpogosteje se pojavljajo v enotah intenzivne nege, operacijskih dvoranh in na urgentnih oddelkih. Povezane so s starostjo pacienta, novimi postopki, nujnostjo, ki se nanaša na potrebo po takojšnji in hitro izvedeni oskrbi v kritičnih situacijah, ter težo zdravstvenih storitev, ki zahtevajo hitro, usklajeno in natančno delovanje zdravstvenega tima, da bi preprečili resne zaplete ali smrt (Sermeus, 2015; Mosadeghrad, et al., 2020; Ahsani-Estahbanati, et al., 2022). Pomembno je, da se zavedamo, da lahko napake ali

incidente obvladujemo z vseživljenjskim učenjem (Gemmete, 2024), kar pa neposredno vpliva na kakovost in varnost zdravstvene obravnave (Chiampou, et al., 2024; Mlambo, et al., 2021).

Številni zdravstveni sistemi so začeli izvajati programe, katerih cilj je izboljšati varnost pacientov. SZO je to prepoznala kot ključni korak k izboljšanju kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev na globalni ravni, zato je ustanovila delovno skupino, ki je omogočila razvoj mednarodnih smernic in spodbudila države, da vzpostavijo sisteme poročanja, analiziranja in odpravljanja napak v zdravstvu, s ciljem zaščite pacientov in zagotavljanja boljše kakovosti oskrbe. Na ta način je SZO pomagala ustvariti globalno gibanje, ki spodbuja odprto obravnavo napak in izmenjavo najboljših praks, kar je ključnega pomena za zaščito pacientov in izboljšanje kakovosti v zdravstvu (SZO, 2020b). Kakovost predstavlja ključno vrednoto in koncept, ki ga je težko natančno opredeliti. Zato je ključnega pomena razumeti dejavnike, ki nanjo vplivajo. Slovenija se je z vstopom v Evropsko unijo zavezala kot eni izmed prednostnih aktivnosti v zdravstvenem varstvu k nenehnemu zagotavljanju in izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe (Kramar, 2022). Izboljšanje kakovosti je kritična komponenta varnosti – zahteva ocenjevanje varnostnih vprašanj, ki zdravnikom pomagajo izboljšati njihovo lastno prakso in prakso sistema (Sherwood & Barnsteiner, 2021; Fathizadeh, et al., 2024).

2.2 KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVU

Vsak pacient ima pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave v skladu z medicinsko doktrino, pri čemer je primerna zdravstvena obravnava tista, ki je v skladu s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih upravnih postopkih ter vzpostavlja s pacientom odnos sodelovanja in zaupanja (Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o pacientovih pravicah, 2017; Zakon o pacientovih pravicah, 2022). Medtem ko je v zadnjih desetletjih opisano več kazalnikov kakovosti v zdravstvu, se povečuje zavedanje, da bi morale biti po vsem svetu kakovostne zdravstvene storitve predvsem učinkovite, varne in osredotočene na paciente (Duffy, 2018). Kakovostna in

varna zdravstvena obravnava je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami (Ministrstvo za zdravje, n.d.a; n.d.b). Standardi v zdravstveni negi določajo minimalne zahteve za zagotavljanje kakovostne in varne oskrbe pacientov, medtem ko usposabljanje zaposlenih omogoča, da ti poznajo in razumejo standarde. Nadzori omogočajo spremljanje skladnosti z osnovnimi smernicami, odkrivanje napak in spodbujanje stalnega izboljševanja kakovosti storitev. Skupaj standardi, usposabljanje in nadzor zagotavljajo visoko raven kakovosti in varnosti v zdravstveni oskrbi. Nadalje kakovostna zdravstvena obravnava se osredotoča tako na uporabnike (npr. paciente, zaposlene v zdravstveni ustanovi, zunanje sodelavce itd.) kot na sisteme in procese, merjenja in delo v kliničnem okolju. Raziskovalci (Poldrugovac & Simčič, 2010; Chourasiya, 2019; Hickey & Giardino, 2022) uporabljajo vrsto meril kakovosti, ki jih izvajalci uporabljajo, zato da imajo pregled in nadzor nad kakovostjo zdravstvenih obravnav ter za vrednotenje doseganja želenih rezultatov in nenehno izboljševanje kakovosti. Vodilni management je odgovoren za vzpostavitev sistemov za spremljanje kakovosti in varnosti zdravstvene nege ter zagotavljanje podpore za izvajanje nadzorov, kar omogoča izvajalcem, da upoštevajo standarde, postopke in stalno izboljšujejo prakso za doseganje najboljših izidov za paciente. Pomen operativnega managementa za izboljšanje kakovosti in varnosti je v zagotavljanju izvajanja dnevnih procesov in nadzora ter implementaciji politik in standardov, ki jih določi vodilni management, s ciljem usklajevanja aktivnosti in takojšnjega ukrepanja ob odstopanjih (Erjavec, 2016).

Pomemben element pri vzpostavitvi kakovosti je tudi vključevanje, motiviranje in angažiranje vseh zaposlenih k uvajanju in izboljševanju kakovosti in varnosti pri zdravstveni oskrbi pacientov ter učinkovita raba vseh razpoložljivih virov (tudi človeških), ki so na voljo v posamezni ustanovi (Robida, 2009). Kakovost zdravstvene obravnave se v Sloveniji ocenjuje, meri, preverja in nadzoruje z različnimi pristopi, metodami in orodji. Zelo pomemben je sistem pritožb, ki je opredeljen v Zakonu o pacientovih pravicah (2022), v katerem je tudi opredeljen sistem nadzorov na podlagi Zakona o zdravstveni dejavnosti (2005). Zakon natančno opredeljuje nadzore v zdravstvu ter izvajalcem zdravstvene dejavnosti in njihovim zaposlenim ali pogodbenim zdravstvenim delavcem oziroma sodelavcem nalaga, da morajo omogočiti nemoteno

opravljanje nadzora. Nadzor nad kakovostjo opredeljuje v 76. členu, strokovni nadzor s svetovanjem v 78. členu, upravni nadzor v 80. členu, sistemski nadzor v 82. členu in inšpekcijski nadzor v 83.a členu (Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), 2005).

2.3 POMEN VSEŽIVLJENJSKEGA IZOBRAŽEVANJA NA KAKOVOST IN VARNOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Jelenc (2016) opredeljuje vseživljenjsko izobraževanje kot dejavnost in proces, ki vključuje formalno, neformalno ter priložnostno učenje ter poteka v različnih življenjskih obdobjih z namenom izboljšanja znanja in spretnosti posameznika. V današnjem svetu zdravstveno varstvo poteka v dinamičnem okolju družbenih sprememb in globalizacije, kar zahteva redno posodabljanje znanja in veščin zdravstvenih delavcev. Vseživljenjsko izobraževanje je aktiven proces, v katerem posameznik išče znanje in razumevanje ter ga uporablja za zadovoljevanje svojih poklicnih življenjskih potreb (Qalehsari, et al., 2017). Vseživljenjsko izobraževanje pozitivno vpliva na rast zaposlenih ter na poklicni, osebni in socialni razvoj posameznika in je neposredno povezano z uspehom zaposlenih v zdravstvu. Posamezniki, vključeni v vseživljenjsko izobraževanje, pri učenju doživljajo veselje in zadovoljstvo. Sposobni so refleksije, razumevanja spreminjanja znanja in aktivnega iskanja priložnosti za nadaljnje izobraževanje. Motivirani so za prenos znanja v prakso, kar prispeva k zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege (Davis, et al., 2014). Medicinske sestre so poročale, da vseživljenjsko izobraževanje dviguje poklicne standarde s pridobljenimi kompetencami in s tem povečuje poklicno uspešnost s pozitivnimi koristmi za paciente, organizacije in posamezne medicinske sestre (Mlambo, et al., 2021).

Odgovornost za vseživljenjsko izobraževanje v zdravstveni negi je z etičnega, moralnega in vidika poklicne odgovornosti opredeljena v Kodeksu etike v zdravstveni negi Slovenije (2024). V načelu IV, ki se nanaša na kompetentno izvajanje zdravstvene nege, je zapisano, da imajo izvajalci zdravstvene nege dolžnost in odgovornost, da lastno strokovno znanje nenehno izpopolnjujejo ter dopolnjujejo, aktivno spremljajo novosti na relevantnih strokovnih področjih in povezujejo teorijo s prakso ter si kontinuirano prizadevajo za lastno osebno rast (Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, 2024).

Poleg vseživljenjskega izobraževanja se je v zadnjih letih pokazala tudi potreba po vse tesnejšem medpoklicnem sodelovanju za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov (Ažman, 2017). Medpoklicno izobraževanje je opredeljeno kot kakršna koli vrsta izobraževanja, usposabljanja ali učenja, v katerem se dva ali več zdravstvenih in socialnih poklicev učijo interaktivno (McLaney, et al., 2022).

2.4 JAVNA POOBLASTILA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE

Javno pooblastilo pomeni prenos nalog državne uprave na organizacije in posameznike zunaj organizacijske strukture državne uprave. Osnovna pravna podlaga za javno pooblastilo je 121. člen Ustave Republike Slovenije (Ustavni zakon o spremembah, 1997; Ustavni zakon o spremembah I. poglavja ter 47. in 68. člena ustave Republike Slovenije, 2003; Ustavni zakon o spremembah 121., 140. in 143. člena Ustave Republike Slovenije, 2006; Ustavni zakon o spremembah 148. člena Ustave Republike Slovenije, 2013; Pravilnik o prenehanju veljavnosti Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2016). Za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti morajo biti izvajalci posameznih zdravstvenih poklicev oz. s posameznih področij vpisani v register in imeti veljavno licenco. Poklice in področja, za katera velja to določilo, v posebnem seznamu določi minister, pristojen za zdravje, pri čemer poleg načela smotrnosti upošteva zahtevano stopnjo izobrazbe in odgovornost za odločitve, ki vplivajo na zdravstveno obravnavo, ter razvoj medicinske doktrine in medicinske tehnologije pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju pacientov in poškodovancev. Nalogi vodenja registra in podeljevanja licenc lahko minister, pristojen za zdravje, podeli zbornici ali strokovnemu združenju (šesti odstavek 64. člena ZZDej) (Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, 2017). Na podlagi javnega pooblastila Zbornica – Zveza: (1) vodi register izvajalcev zdravstvene ali babiške nege, (2) izdaja, podaljšuje in odvzema licence izvajalcem zdravstvene ali babiške nege, (3) izvaja strokovni nadzor s svetovanjem, (4) načrtuje specializacije in specialistične izpite ter (5) izdaja pravilnike, s katerimi se podrobneje uredi področje javnih pooblastil (Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2020).

2.4.1 Izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstveni negi

Nadzor je eden od ključnih principov vodenja in pomemben steber modernega vodenja v vseh organizacijah (Ogbeide, et al., 2022). Ta steber vodenja je tako pomemben in nujen zato, da lahko zagotovi, da vsi elementi delujejo v pravo smer, da se dosežejo vnaprej določeni cilji (Snowdon, et al., 2020). Strokovni nadzor v zdravstveni negi lahko izvaja skupina medicinskih sester ali posamezna medicinska sestra z enako strokovno izobrazbo in enakim statusom v zdravstveni negi, kot jo/ga imajo nadzorovane medicinske sestre. Smernice za izvajanje strokovnega nadzora temeljijo na Kodeksu etike za medicinske sestre, ki ga je pripravilo Ameriško združenje medicinskih sester (American Nurses Association (ANA), 2015). Osredotočajo se na izvajanje strokovnih standardov zdravstvene nege in nadgradnjo zdravstvene nege na treh sodobnih področjih – kakovost in varnost, aktualizacija vlog medicinskih sester in nenehno izboljševanje prakse zdravstvene nege (Murphy, et al., 2018). Smernice (ANA, 2015; Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, 2017) vključujejo šest načel strokovnega nadzora, ki pomagajo zagotoviti enak pristop pri nadzoru, ne glede na to, kdo ga izvaja in temeljijo na zdravstveni negi, podprti z dokazi. Načela strokovnega nadzora vključujejo: enako izobrazbo in status nadzornika in nadzorovane medicinske sestre, osredotočenost na neposredno prakso zdravstvene nege, pravočasne in objektivne povratne informacije ter spodbujanje kulture nenehnega učenja in varnosti pacientov. Povratne informacije niso anonimne in so prilagojene stopnji strokovne rasti, kar spodbuja poklicni razvoj medicinskih sester ob upoštevanju priporočil (George & Haag-Heitman, 2015; Murphy, et al., 2018). Kakovost zdravstvene nege je pomemben znak presoje kakovosti zdravstvene obravnave in kazalnik kakovosti celotne zdravstvene ustanove. Zato je vzpostavitev sistematičnega, znanstvenega in naprednega sistema vrednotenja oziroma nadzora kakovosti zdravstvene nege pomembna za dvig kakovosti zdravstvene nege, ravni vodenja zdravstvene nege in ohranjanja negovalnega osebja na delovnem mestu (Duan & Shi, 2014).

Zbornica – Zveza izvaja strokovni nadzor s svetovanjem na podlagi javnega pooblastila, ki ji ga podeli minister za zdravje (Kramar, et al., 2018a; Kramar, 2022). Strokovni nadzor s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege pomeni formalen postopek, kjer

izvajalec nadzora (Zbornica – Zveza) oceni in presodi sistem zdravstvene in babiške nege glede izpolnjevanja vnaprej pripravljenih in objavljenih strokovnih smernic, standardov, protokolov kakovosti in varnosti ter drugih strokovnih in zakonskih zahtev z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave (Kramar, 2022). O ugotovitvah strokovnega nadzora s svetovanjem komisija pripravi poročilo predsedniku pristojne zbornice ali strokovnega združenja, v katerem lahko predlaga ukrepe (Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, 2017).

2.4.2 Izvajanje rednih individualnih strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstveni negi

Strokovni nadzor s svetovanjem izvajalcev zdravstvene in babiške nege je usmerjen v oceno strokovne uspešnosti delovanja posameznega izvajalca zdravstvene in babiške nege ter svetovanje za izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstveni in babiški negi. Je proces, kjer izvajalci zdravstvene in babiške nege sistematično izmerijo in ocenijo kakovost izvajanja zdravstvene in babiške nege posameznika z uporabo z dokazi podprtih strokovnih standardov in smernic ter ponudijo posameznemu izvajalcu povratno informacijo za izboljševanje lastnega dela in profesionalno rast (Kramar, et al., 2018a, Kramar, 2022). Z namenom čim večjega zagotavljanja kakovosti pri izvajanju strokovnih nadzorov je Zbornica – Zveza izdelala navodila za izvedbo s standardiziranimi pripadajočimi obrazci, ki nadzornikom omogočajo lažjo in bolj kakovostno izvedbo samega nadzora (Kramar, 2022).

3 EMPIRIČNI DEL

Obstajajo dokazi, da so strokovni nadzori pomemben dejavnik za kakovost in varnost zdravstvene in babiške nege. V Sloveniji doslej še ni bila narejena analiza individualnih strokovnih nadzorov s svetovanjem, zato smo problematiko v empiričnem delu prvič raziskali.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Zbornica – Zveza izvaja individualne strokovne nadzore s svetovanjem na enoten način na podlagi prenovljenega procesa nadzora od leta 2019. Zato je bil namen raziskave magistrskega dela oceniti in analizirati individualne strokovne nadzore s svetovanjem v obdobju od 2019 do 2021, ki jih je Zbornica – Zveza izvedla pri izvajalcih zdravstvene nege na vseh ravneh zdravstvenega varstva v Sloveniji. Na podlagi analize podatkov smo predlagali standardizacijo procesa izvajanja individualnih strokovnih nadzorov s svetovanjem oziroma predlagali ukrepe za izboljšanje samega procesa izvajanja individualnih strokovnih nadzorov s svetovanjem. Cilji raziskave so bili:

- ugotoviti strokovno usposobljenost izvajalca zdravstvene nege za delovno mesto, ki ga zaseda;
- ugotoviti področja zdravstvene nege z največjim deležem odstopanja v strokovni usposobljenosti izvajalcev;
- raziskati vključenost izvajalcev zdravstvene nege v vseživljenjsko izobraževanje;
- raziskati poznavanje kazalnikov kakovosti in varnosti pri izvajalcih zdravstvene nege;
- raziskati poznavanje ter upoštevanje strokovnih standardov in protokolov za delo pri izvajalcih zdravstvene nege;
- raziskati poznavanje in upoštevanje etičnih načel in pritožbenih poti pri svojem delu pri izvajalcih zdravstvene nege;
- raziskati mnenje vseh, vključenih v strokovni nadzor s svetovanjem, o izvajanju individualnih strokovnih nadzorov.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za proučevanje in analizo strokovnih nadzorov s svetovanjem, ki jih izvaja Zbornica – Zveza pri izvajalcih zdravstvene nege, smo postavili raziskovalne hipoteze za kvantitativno zasnovani del raziskave in raziskovalno vprašanje za kvalitativno zasnovan del raziskave. Hipoteze:

Hipoteza 1: Izvajalci zdravstvene nege na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva so pri pridobivanju znanj in spremljanju razvoja stroke bolj samoiniciativni kot izvajalci zdravstvene nege na primarni ravni.

Hipoteza 2-1: Izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo se v večji meri udeležujejo internih in eksternih izobraževanj.

Hipoteza 2-2: Večja strokovna usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege je povezana z večjo udeležbo izvajalca zdravstvene nege na internih in eksternih izobraževanjih.

Hipoteza 3-1: Višja izobrazba izvajalcev zdravstvene nege je povezana z zagotavljanjem višje kakovosti in varnosti.

Hipoteza 3-2: Večja strokovna usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege je povezana z zagotavljanjem višje kakovosti in varnosti.

Hipoteza 3-3: Pogostejše vključevanje izvajalcev zdravstvene nege v vseživljenjsko izobraževanje je povezano z zagotavljanjem višje kakovosti in varnosti.

Hipoteza 4-1: Višja izobrazba izvajalcev zdravstvene nege je povezana z boljším upoštevanjem doktrin, standardov in protokolov.

Hipoteza 4-2: Večja strokovna usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege je povezana z boljším upoštevanjem doktrin, standardov in protokolov.

Hipoteza 4-3: Pogostejše vključevanje izvajalcev zdravstvene nege v vseživljenjsko izobraževanje je povezano z boljším upoštevanjem doktrin, standardov in protokolov.

Hipoteza 5-1: Višja izobrazba izvajalcev zdravstvene nege je povezana z neposredno uporabo in boljším praktičnim preverjanjem standardov in protokolov.

Hipoteza 5-2: Večja strokovna usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege je povezana z neposredno uporabo in boljším praktičnim preverjanjem standardov in protokolov.

Hipoteza 5-3: Pogostejše vključevanje izvajalcev zdravstvene nege v vseživljenjsko izobraževanje je povezano z neposredno uporabo in boljšim praktičnim preverjanjem standardov in protokolov.

Hipoteza 6-1: Višja izobrazba izvajalcev zdravstvene nege je povezana z boljšim poznavanjem etičnih načel in pritožbenih poti.

Hipoteza 6-2: Večja strokovna usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege je povezana z boljšim poznavanjem etičnih načel in pritožbenih poti.

Hipoteza 6-3: Pogostejše vključevanje izvajalcev zdravstvene nege v vseživljenjsko izobraževanje je povezano z večjim poznavanjem etičnih načel in pritožbenih poti.

Raziskovalno vprašanje za kvalitativni del zasnovane raziskave je bilo:

- Kakšno je dojemanje strokovnih nadzorov s svetovanjem tistih, ki so nadzorovani oziroma so vključeni v strokovni nadzor s svetovanjem?

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Izvedli smo mešano opisno raziskavo. Kvantitativni del raziskave je temeljil na retrospektivnem pregledu izvedenih strokovnih nadzorov s svetovanjem, ki jih izvaja Zbornica – Zveza pri izvajalcih zdravstvene nege. Kvalitativno zasnovani del raziskave je temeljil na fenomenološki metodi pristopa kvalitativnega raziskovanja, kjer smo raziskovali pojav, ki ga v tem primeru predstavlja »strokovni nadzor s svetovanjem v zdravstveni negi« z zornega kota tistih, ki ga izvajajo (člani nadzornih komisij) in tistih, ki so nadzorovani ter vodilnega managementa zdravstvene nege zavodov, ki so bili vključeni v strokovni nadzor.

3.3.1 Dizajn raziskave

V uvodnem teoretičnem delu magistrskega dela smo sistematično pregledali relevantno domačo in tujo strokovno literaturo, povezano s kakovostjo in varnostjo v zdravstvu s poudarkom na zdravstveni negi, in literaturo s področja izvajanja strokovnih nadzorov s svetovanjem. Sistematični pregled znanstvene literature smo naredili v podatkovnih bazah virtualne knjižnice (COBIB.SI), Science Direct, SpringerLink, Web of Science,

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane in PubMed-u. Pregledali smo tudi pravne dokumente, ki se nanašajo na temo magistrskega dela: Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej, 2005), Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti, sektorske direktive iz leta 2005 (Direktiva Evropskega parlamenta in sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij, 2005), Pravilnik o registru in licencah v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege (Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2020; Pravilnik o spremembi Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2021), Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege (Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2017). Iskanje smo omejili na objave, dosegljive v obsegu celotnih besedil v znanstvenih ali strokovnih recenziranih revijah. Strokovno literaturo smo iskali po ključnih besedah: »usposobljenost kadra«, »kakovost in varnost v zdravstveni negi«, »strokovni nadzori v zdravstveni negi«, »vseživljenjsko izobraževanje v zdravstveni negi« in »etična načela v zdravstveni negi«. V angleškem jeziku: »competences of nursing staff«, »quality and safety in nursing«, »professional supervision in nursing«, »lifelong learning in nursing« and »ethical principles in nursing«. Uporabljene ključne besede smo povezali z Boolovimi operatorji (AND, OR, NOT) in jih izvedli v različnih kombinacijah. Literaturo v slovenskem in angleškem jeziku smo omejili na obdobje med 2014 in 2024. Starejšo literaturo, ki je še vedno aktualna/relevantna, smo vključili v pregled literature (ANA, 1988; Institute of Medicine, 1990; Luksemburška deklaracija, 2005; Poldrugovac & Simčič, 2010).

V prvem, empiričnem kvantitativno zasnovanem raziskovalnem delu smo izvedli analizo podatkov iz standardiziranih obrazcev, ki so jih uporabljale komisije za individualne strokovne nadzore s svetovanjem v obdobju od leta 2019 do 2021. V drugem, kvalitativno zasnovanem delu raziskave smo izvedli skupinski intervju.

3.3.2 Instrument raziskave

Podatki za magistrsko delo so bili za prvi del kvantitativno zasnovane raziskave pridobljeni s pomočjo analize podatkov obrazcev, ki jih uporabljajo komisije za strokovne

nadzore s svetovanjem pri Zbornici – Zvezi za individualne strokovne nadzore s svetovanjem. Obrazec je bil oblikovan za namene izvajanja individualnih strokovnih nadzorov s svetovanjem na osnovi pregleda literature (ANA, 1988; Robida, 2002; Robida, 2004; Robida, 2009; Haag-Heitman & George, 2011; Vojnovič & Klemenc, 2013; ANA, 2015; Kramar, et al., 2018a), ki je last Zbornice – Zveze ter nosi oznako po standardu ISO 9001:2015 »OBJPOOP04 02« in je bil v uporabi tudi pri izvajanju strokovnih nadzorov s svetovanjem v obdobju od 2019 do 2021. Obrazec, ki smo ga uporabili v raziskavi, zajema začetni del in šest sklopov:

- Začetni del obrazca predstavljajo vprašanja zaprtega tipa: sociodemografski podatki izvajalca zdravstvene in babiške nege, kot so poklicna kvalifikacija, delovno mesto, številka vpisa v register izvajalca zdravstvene nege in številka licence za poklic in obdobje veljavnosti. Iz registra izvajalcev zdravstvene nege smo dodali še podatke o starosti izvajalca, delovni dobi in evidenco izobraževanj posameznega izvajalca zdravstvene nege.
- Sklop 1: Strokovna usposobljenost izvajalca/ke zdravstvene nege
- Sklop 2: Stalno sledenje razvoju stroke zdravstvene nege
- Sklop 3: Zagotavljanje kakovosti in varnosti
- Sklop 4: Upoštevanje doktrin, standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi
- Sklop 4.1: Neposredna uporaba in praktično preverjanje izvedbe standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi
- Sklop 5: Poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti
- Sklop 6: Skupna ocena strokovnega nadzora s svetovanjem posameznega izvajalca – povzetek

V vsakem sklopu so trditve, do katerih se morajo pri individualnem nadzoru opredeliti presojevalci na petstopenjski lestvici: 1 pomeni najslabšo oceno oz. neustrezno prakso, ocene 2–4 so vmesne ocene in ocena 5 pomeni najvišjo oceno oz. zelo dobro prakso (1 – neustrezna praksa, 2 – pomanjkljiva praksa, 3 – ustrezna praksa, 4 – dobra praksa, 5 – zelo dobra praksa). Prvi sklop obrazca vsebuje štiri trditve, s katerimi se ocenjuje strokovna usposobljenost izvajalca zdravstvene nege (pri tem sklopu trditev je največje

možno število doseženih točk 20). Drugi sklop vsebuje tri trditve, s katerimi se ocenjuje stalno sledenje razvoju stroke zdravstvene nege (pri tem sklopu trditev je možno največje število doseženih točk 15). Tretji sklop obrazca vsebuje sedem trditev o zagotavljanju kakovosti in varnosti (pri tem sklopu trditev je največje možno število doseženih točk 35). Četrty sklop obrazca vsebuje štiri trditve, s katerimi se ocenjuje upoštevanje doktrin, standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi (pri tem sklopu trditev je največje možno število doseženih točk 20). Sklop 4.1. Neposredna uporaba in praktično preverjanje izvedbe standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi vsebuje sedem trditev (pri tem sklopu trditev je največje možno število doseženih točk 35). Peti sklop obrazca vsebuje štiri trditve, s katerimi se ocenjuje poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti (pri tem sklopu trditev je največje možno število doseženih točk 20). Zadnji, šesti sklop obrazca je povzetek skupne ocene strokovnega nadzora s svetovanjem posameznega izvajalca in prikazuje skupni seštevek točk po posameznih sklopih (pri tem sklopu je največje možno število doseženih točk 150).

Zanesljivost trditev po posameznih sklopih obrazca smo ugotavljali s pomočjo izračuna koeficienta Cronbach alfa, s katerim ocenjujemo zanesljivost ali notranjo konsistentnost vprašalnika. Ocena zanesljivosti se kaže od vrednosti 0 do 1, splošno dogovorjena spodnja meja sprejemljivosti znaša 0,7. Vrednost koeficienta Cronbach alfa, ki je nižja od 0,5, je nesprejemljiva (Cronbach $\alpha < 0,5$). Koeficient Cronbach alfa je pri vseh sklopih trditev presegel vrednost 0,7 (tabela 1), ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (George & Mallery, 2018).

Tabela 1: Koeficient Cronbach alfa za sklope trditev

Sklop trditev	Cronbach α	Število trditev
Strokovna usposobljenost izvajalca zdravstvene nege	0,723	3
Stalno sledenje razvoju stroke	0,747	3
Zagotavljanje kakovosti in varnosti	0,887	7
Upoštevanje doktrin, standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi	0,777	4
Neposredna uporaba in praktično preverjanje izvedbe standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi	0,774	7
Poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti	0,866	4
Zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege	0,753	4

V skupinskem intervjuju smo izbranim udeležencem postavili naslednja okvirna delovna vprašanja, ki so nam pomagala pri vodenju skupinskega intervjuja:

- Kako ocenjujete vsebino individualnega strokovnega nadzora?
- Kako ocenjujete izvedbo individualnega strokovnega nadzora?
- Kako ocenjujete kakovost individualnega strokovnega nadzora?
- Kako ocenjujete pogostost individualnega strokovnega nadzora?
- Kakšen se vam zdi prispevek strokovnega nadzora k razvoju stroke zdravstvene nege?

3.3.3 Udeleženci raziskave

Retrospektivno smo pregledali vse izvajalce zdravstvene nege, pri katerih je Zbornica – Zveza izvedla individualni strokovni nadzor s svetovanjem v obdobju od januarja 2019 do decembra 2021. Za ta časovni okvir smo se odločili zato, ker je bilo to v obdobju pred pandemijo covid-19 in so se strokovni nadzori s svetovanjem izvajali v živo/neposredno z izvajalci zdravstvene nege. Izvajalci zdravstvene nege so bili izbrani naključno. V vzorec je bilo tako vključenih 213 izvajalcev zdravstvene nege, pri čemer je bil vzorec v celoti realiziran, pri določenih izvajalcih zdravstvene nege so manjkali podatki o delovni dobi. Izvajalci zdravstvene nege, vključeni v raziskavo, so imeli zaključeno naslednjo izobrazbo: bolničar-negovalc (n = 11; 5,2 %), srednja medicinska sestra, zdravstveni tehnik in tehnik zdravstvene nege (n = 98; 46,0 %) ter diplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstvenik (n = 104; 48,8 %). Vključeni so bili izvajalci zdravstvene nege, zaposleni na primarni (n = 46; 21,8 %), sekundarni (n = 87; 40,7 %) in terciarni (46; 21,8 %) ravni zdravstvene dejavnosti in v socialnovarstvenih zavodih (n = 34; 15,7 %). 62 (29,0 %) izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence svojega delokroga, medtem ko jih 151 (71,0 %) ne presega. V raziskavo je bilo vključenih 182 (85,4 %) žensk in 31 (14,6 %) moških (tabela 2).

Tabela 2: Opis vzorca

	n	%
Spol		
Ženski	182	85,4
Moški	31	14,6

	n	%
Izobrazba		
Bolničar-negovalec	11	5,2
Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	98	46,0
Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	104	48,8
Trenutno delovno mesto		
Primarna raven	46	21,8
Sekundarna raven	87	40,7
Terciarna raven	46	21,8
Socialnovarstveni zavodi	34	15,7
Strokovna usposobljenost izvajalca zdravstvene nege		
Presega kompetence delokroga	62	29,0
Ne presega kompetenc delokroga	151	71,0

Legenda: n = število odgovorov, % = delež

Izvajalci zdravstvene nege so bili v povprečju v zdravstveni negi zaposleni PV = 17,7 (SO = 11,1) leta, imeli so od najmanj enega leta do največ dvainširideset let delovne dobe. Največ udeležencev je imelo med 11 in 20 let delovne dobe (n = 51 oz. 29,7 %). Povprečna delovna doba v posamezni skupini je prav tako razvidna v tabeli 3.

Tabela 3: Delovna doba izvajalcev zdravstvene nege

	n	min	maks	PV	SO
Delovna doba	172	1	42	17,7	11,1
Delovna doba po skupinah					
< 5 let	27	1	5	3,2	1,4
6–10 let	28	6	10	8,7	1,2
11–20 let	51	11	20	15,6	2,4
21–30 let	38	21	30	25,8	1,7
> 31 let	28	32	42	36,1	2,8

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Vzorec v kvalitativno zasnovani raziskavi je bil namenski. V skupinski intervju so bile vključene tri skupine udeležencev, ki so že sodelovali pri strokovnem nadzoru s svetovanjem v kateri koli vlogi. Tako so dobro seznanjeni z vsebino in potekom presoje: 1) člani nadzornih komisij, 2) nadzorovani in 3) management zdravstvene nege. S tem smo zagotovili triangulacijo podatkov po virih udeležencev, kar je pomembno pri pridobivanju verodostojnih podatkov (Polit & Beck, 2018). V skupinski intervju smo vključili po tri udeležence iz vsake skupine, skupaj torej devet udeležencev, kar z vidika dinamike delovanja skupine predstavlja malo skupino, ki je še dovolj varna za ekspresijo posameznih udeležencev.

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Kvantitativni del raziskave smo izvedli s pomočjo analize obrazcev individualnih strokovnih nadzorov s svetovanjem v obdobju od januarja 2019 do decembra 2021. Obrazec je edinstven v mednarodnem in slovenskem merilu, saj je nastal na podlagi posebnega projekta »Uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni in babiški negi preko izvajanja strokovnih nadzorov s svetovanjem Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije« v okviru posebne delovne skupine v sestavi: izr. prof. Andrej Robida, dr. med, Zdenka Kramar, mag. zdr. nege, Irena Buček Hajdarević, dipl. m. s. in Draga Štromajer, dipl. m. s. Za izvedbo kvantitativnega dela raziskave smo pridobili dovoljenje Upravnega odbora Zbornice – Zveze za dostop in uporabo podatkov iz Registra izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije in Registra strokovnih nadzorov s svetovanjem Zbornice – Zveze.

V kvalitativnem delu raziskave smo opravili skupinski intervju s pomočjo dveh moderatorjev. Na začetku smo pri uvodu v diskusijo vsem udeležencem na kratko predstavili temo in namen opravljanja diskusije. Predstavili smo osnovna pravila sodelovanja v diskusiji. Za skupinski intervju, ki je potekal preko platforme Google Meet, je moderator imel ključno vlogo pri usmerjanju in spremljanju razprave, hkrati pa je skrbel za to, da je proces potekal nemoteno in brez vpliva na izid. Pred začetkom intervjuja je moderator poskrbel za ustrezno pripravo virtualnega prostora, kar je vključevalo preverjanje tehnične opreme in zagotovitev delujoče povezave na platformi Google Meet, da bi se izognili morebitnim tehničnim težavam med samim intervjujem. V raziskavi je vlogo moderatorja imela raziskovalka in dodatna oseba, ki je usposobljena posebej za ta namen. Intervjuji so se tonsko snemali. Sodelovanje je bilo prostovoljno, povabili smo tiste udeležence, za katere smo vedeli, da o strokovnih nadzorih veliko vedo, jih sprejemajo in so do njih tudi kritični. Prav taka izbira udeležencev nam je zagotovila raznovrstnost in kakovost podatkov. Anonimnost je bila zagotovljena tako, da smo osebno sled za udeleženci v zapisih skupinskega intervjuja popolnoma zakrili, vsak udeleženec je pridobil svojo zaporedno kodo (ki bo vezana na njegovo vlogo v intervjuju in spol). Zaporedna koda je bila tako sestavljena iz treh znakov, prvi znak je bila

zaporedna številka udeleženca oz. intervjuja, sledili so ji pomišljaj in dve črki. Prva črka je označevala vlogo udeleženca v strokovnem nadzoru (N = nadzornik, I = izvajalci, tisti, ki so bili nadzorovani in M = management zdravstvene nege). Posnetke intervjujev je poslušala le avtorica, prav tako je podatke analizirala izključno avtorica raziskave. Udeležencem smo zagotovili, da bodo njihovi odgovori uporabljeni izključno za namen in izdelavo raziskave. Udeležence smo pred raziskavo prosili za dovoljenje, da se skupinski intervju snema, po zapisu skupinskih intervjujev (kjer je imenska sled za posameznikom že izgubljena) smo zvočne zapise uničili. Zapisi skupinskih intervjujev so skrbno shranjeni v arhivu raziskovalke. Dodatno smo pri kvalitativnem delu pazili na varovanje zasebnosti. Soglasja udeležencev so bila pisna (za sodelovanje, snemanje). Uporabili smo pristop, ki zagotavlja anonimnost na način, da smo pazili, da se nikoli ne prikažejo imena udeležencev in tudi sicer smo zakrili poimensko identiteto intervjuvancev. Udeleženci so bili prav tako seznanjeni z dejstvom, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in da niso prisiljeni dajati izjav na vprašanja, na katera nočejo odgovoriti (Molewijk, et al., 2015; Polit & Beck, 2018). Raziskava je bila opravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2024). Glede na to, da raziskava posredno in neposredno ne vključuje pacientov, ni vključevala intervencij, podatki pa so bili pri zajemanju iz posameznih obrazcev popolnoma anonimizirani, kar pomeni, da se je vsakršna sled za posameznikom izgubila, mnenja Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko nismo potrebovali.

3.3.5 Obdelava podatkov

Pridobljene podatke smo najprej vnesli v program Excel (Microsoft Office, verzija 2010 - Windows, verzija 10), nato smo podatke statistično obdelali s pomočjo programa IBM SPSS 28.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Statistične analize, ki smo jih uporabili, so: izračun opisnih statistik (frekvenca, n; delež, %; povprečna vrednost, PV; standardni odklon, SO, minimalna in maksimalna vrednost, min in maks). Rezultati so prikazani tabelarično, grafično in opisno. Hipoteze so se potrjevale na podlagi bivariatne statistične analize s korelacijsko analizo (moč povezave Pearsonovega korelacijskega koeficienta, prikazana v tabeli 4) in enofaktorsko analizo variance (ANOVA). Prav tako smo želeli s

hipotezami analizirati hkraten oz. multivariabilen vpliv raznih dejavnikov (demografski podatki, poklic, delovno mesto, usposobljenost, angažiranost) na poznavanje sklopov, ki so predmet strokovne presoje; v ta namen smo uporabili linearno regresijsko analizo. Kot statistično značilne rezultate smo upoštevali rezultate, pri katerih je statistična značilnost $p < 0,05$.

Tabela 4: Moč povezave Pearsonovega korelacijskega koeficienta (r)

r	Moč povezave
$r < 0,2$	nepomembna korelacija
$0,2 \leq r < 0,4$;	nizka korelacija
$0,4 \leq r < 0,7$;	pomembna korelacija
$0,7 \leq r < 0,9$	visoka korelacija
$0,9 \leq r < 1$	zelo visoka korelacija

(George & Mallery, 2018)

Za analizo podatkov v kvalitativnem delu zasnovane raziskave smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo z odprtim kodiranjem, katere osnova je odprto kodiranje, kjer je rezultat seznam velikega števila kod, od povsem deskriptivnih do zelo abstraktnih (Banjac, 2020). Kode smo smiselno razporedili v tematske kategorije.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju predstavljamo rezultate kvantitativnega dela, nato še kvalitativnega dela izvedene raziskave mešanih metod.

3.4.1 Rezultati kvantitativno zasnovanega dela raziskave

Iz tabele 5 je razvidno, da so člani nadzorne komisije z najboljšo povprečno oceno (PV = 4,9; SO = 0,5) v sklopu trditev Strokovna usposobljenost izvajalca zdravstvene nege za delovno mesto» ocenili trditev »Izvajalec ima strokovno izobrazbo glede na potrebe zavoda«.

Tabela 5: Strokovna usposobljenost izvajalca zdravstvene nege za delovno mesto

Poklicne aktivnosti	min	maks	PV	SO
Izvajalec ima strokovno izobrazbo glede na potrebe zavoda	2	5	4,9	0,5

Poklicne aktivnosti	min	maks	PV	SO
Izvajalec ima ustrezno poklicno kvalifikacijo	1	5	4,7	0,7
Pozna svoje pristojnosti in odgovornosti	2	5	4,7	0,7

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Lestvica: 1 – neustrezna praksa, 2 – pomanjkljiva praksa, 3 – ustrezna praksa, 4 – dobra praksa, 5 – zelo dobra praksa

Preverili smo tudi, kako so člani nadzorne komisije ocenili udeleževanje izvajalcev zdravstvene nege na izobraževanjih bodisi internih bodisi eksternih in spremljanje razvoja stroke. Iz tabele 6 je razvidno, da so v sklopu trditev o izobraževanju izvajalcev zdravstvene nege člani nadzorne komisije z največjo povprečno oceno ocenili samoiniciativnost izvajalcev zdravstvene nege pri pridobivanju znanj in spremljanju razvoja stroke (PV = 3,8; SO = 1,2).

Tabela 6: Udeležba izvajalca zdravstvene nege na izobraževanjih

Poklicne aktivnosti	min	maks	PV	SO
Se udeležuje eksternih izobraževanj	1	5	2,9	1,2
Je odziven in se udeležuje izobraževanj znotraj zavoda	1	5	3,5	1,1
Je samoiniciativen pri pridobivanju znanj in spremljanju razvoja stroke	1	5	3,8	1,2

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Lestvica: 1 – neustrezna praksa, 2 – pomanjkljiva praksa, 3 – ustrezna praksa, 4 – dobra praksa, 5 – zelo dobra praksa

Prav tako smo preverili, kako so člani nadzorne komisije ocenili, koliko izvajalci zdravstvene nege poznajo in upoštevajo izhodišča za zagotavljanje kakovosti in varnosti. Iz tabele 7 je razvidno, da so v sklopu trditev o izobraževanju izvajalcev zdravstvene nege člani nadzorne komisije z najvišjo povprečno oceno ocenili trditev »Je seznanjen z vsebino strokovnih sestankov – notranje komuniciranje« (PV = 4,1; SO = 0,9). Vse ostale trditve so pri sklopu trditev »Zagotavljanje kakovosti in varnosti« ocenjene z oceno, nižjo od 4 – dobra praksa.

Tabela 7: Zagotavljanje kakovosti in varnosti

Poklicne aktivnosti	min	maks	PV	SO
Poznavanje in upoštevanje izhodišč kakovosti in varnosti v zdravstvu	1	5	3,2	1,2
Poznavanje kazalnikov kakovosti in ocene tveganja	1	5	3,1	1,2
Je seznanjen in spremlja ukrepe po različnih nadzorih	1	5	3,1	1,2
Pri svojem delu prepozna odklone in jih sporoča	1	5	3,5	1,0
Pozna oz. sodeluje pri pogovorih o varnosti in varnostnih vizitah	1	5	3,2	1,1
Je seznanjen z zadovoljstvom uporabnikov/pohvalami in pritožbami	1	5	3,8	1,1
Je seznanjen z vsebino strokovnih sestankov – notranje komuniciranje	2	5	4,1	0,9

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Lestvica: 1 – neustrezna praksa, 2 – pomanjkljiva praksa, 3 – ustrezna praksa, 4 – dobra praksa, 5 – zelo dobra praksa

Preverili smo tudi, kako so člani nadzorne komisije ocenili, v kolikšni meri izvajalci zdravstvene nege upoštevajo doktrine, standarde in protokole pri svojem vsakdanjem delu v kliničnem okolju. Iz tabele 8 je razvidno, da so v sklopu trditev Upoštevanje doktrin, standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi člani nadzorne komisije z največjo povprečno oceno ocenili tri od štirih trditev, in sicer trditve: »Pozna protokole, strokovne standarde, navodila za delo, pozna zadnje verzije in ve, kje jih dobi« (PV = 4,0; SO = 1,0), »Pri svojem delu upošteva protokole, strokovne standarde, navodila za delo« (PV = 4,0; SO = 0,9) in »Pozna protokol za uporabo posebnega varovalnega ukrepa« (PV = 4,0; SO = 1,2). Z najnižjo povprečno oceno so anketirani ocenili trditev »Vodenje evidenc (zdravila, pregled reanimacijskega vozička ...)« (PV = 3,8; SO = 1,2).

Tabela 8: Upoštevanje doktrin, standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi

Poklicne aktivnosti	min	maks	PV	SO
Pozna protokole, strokovne standarde, navodila za delo, pozna zadnje verzije in ve, kje v zavodu ali drugje jih dobi	1	5	4,0	1,0
Pri svojem delu upošteva protokole, strokovne standarde, navodila za delo	2	5	4,0	0,9
Pozna protokol za uporabo posebnega varovalnega ukrepa	1	5	4,0	1,2
Vodenje evidenc (zdravila, pregled reanimacijskega vozička ...)	1	5	3,8	1,2

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Lestvica: 1 – neustrezna praksa, 2 – pomanjkljiva praksa, 3 – ustrezna praksa, 4 – dobra praksa, 5 – zelo dobra praksa

Iz tabele 9 je razvidno, da so v sklopu trditev Neposredna uporaba in praktično preverjanje izvedbe standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi člani nadzorne komisije z najvišjo povprečno oceno (PV = 4,3; SO = 0,8) ocenili trditev »Skrb za delovno okolje«. Z nekoliko nižjo povprečno oceno so ocenili trditev »Predaja pacientov/uporabnikov« (PV = 4,1; SO = 1,0) in trditev »Preverjanje aktivnosti glede na izbrani protokol, strokovni standard, navodilo za delo« (PV = 4,1; SO = 1,2). Z najnižjo povprečno oceno so anketirani ocenili »Področje terapije« (PV = 3,8; SO = 1,1).

Tabela 9: Neposredna uporaba in praktično preverjanje izvedbe standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi

Poklicne aktivnosti	min	maks	PV	SO
Predaja pacientov/uporabnikov	2	5	4,1	1,0

Poklicne aktivnosti	min	maks	PV	SO
Področje terapije	1	5	3,8	1,1
Dokumentiranje v zdravstveni negi	1	5	3,9	1,0
Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom	2	5	3,9	1,0
Skrb za delovno okolje	2	5	4,3	0,8
Preverjanje aktivnosti glede na izbrani protokol, strokovni standard, navodilo za delo	1	5	4,1	1,2

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Lestvica: 1 – neustrezna praksa, 2 – pomanjkljiva praksa, 3 – ustrezna praksa, 4 – dobra praksa, 5 – zelo dobra praksa

V nadaljevanju smo preverili, kako so člani nadzorne komisije ocenili poznavanje etičnih načel, pravic pacientov in pritožbenih poti s strani izvajalcev zdravstvene nege. Iz tabele 10 je razvidno, da so v sklopu trditev »Poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti« člani nadzorne komisije z največjo povprečno oceno (PV = 4,7; SO = 0,7) ocenili skrb izvajalcev zdravstvene nege za varovanje pacientovih podatkov in njegove zasebnosti. Najslabše ocenjena trditev v tem sklopu je bila »Izvajalec pozna pritožbene poti« (PV = 4,4; SO = 0,9).

Tabela 10: Poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti

Poklicne aktivnosti	min	maks	PV	SO
Izvajalec pozna kodeks etike in etična načela ter jih pri svojem delu upošteva	1	5	4,5	0,8
Izvajalec pozna pravice in dolžnosti pacientov	2	5	4,5	0,8
Izvajalec pozna pritožbene poti	1	5	4,4	0,9
Pri svojem delu skrbi za varovanje pacientovih podatkov in njegove integritete (zasebnost)	2	5	4,7	0,7

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Lestvica: 1 – neustrezna praksa, 2 – pomanjkljiva praksa, 3 – ustrezna praksa, 4 – dobra praksa, 5 – zelo dobra praksa

Na koncu smo preverili zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege na delovnem mestu. Z uporabo tristopenjske Likertove lestvice so izvajalci zdravstvene nege izrazili svoje zadovoljstvo na delovnem mestu, pri čemer je pomenila ocena 1 – nisem zadovoljen, 2 – delno zadovoljen in 3 – zelo zadovoljen. Iz tabele 11 je razvidno, da so izvajalci zdravstvene nege najbolj zadovoljni z razporedom dela (PV = 2,7; SO = 0,5).

Tabela 11: Zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege

Zadovoljstvo	min	maks	PV	SO
Zadovoljstvo z organizacijo dela	1	3	2,6	0,6
Zadovoljstvo z razporedom dela	1	3	2,7	0,5
Zadovoljstvo s pripomočki in opremo	1	3	2,6	0,5
Zadovoljstvo z udeležbo na izobraževanjih	1	3	2,6	0,6

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Lestvica: 1 – nisem zadovoljen, 2 – delno zadovoljen, 3 – zelo zadovoljen

Iz tabele 12 je razvidno, da so najboljše ocene dosegali na področju strokovne usposobljenosti (PV = 90,1; SO = 14,4). Nekoliko slabše so ocene pri poznavanju etičnih načel in pritožbenih poti (PV = 88,6; SO = 16,1). Najslabše ocene so imeli izvajalci zdravstvene nege pri upoštevanju doktrin, standardov in protokolov (PV = 65,3; SO = 21,1).

Tabela 12: Skupna ocena strokovnega nadzora s svetovanjem

Poklicne aktivnosti	min	maks	PV	SO
Strokovna usposobljenost izvajalca/ke zdravstvene nege	25	100	90,1	14,4
Stalno sledenje razvoju stroke	20	100	67,2	19,7
Zagotavljanje kakovosti in varnosti	26	100	65,4	18,1
Upoštevanje doktrin, standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi	15	100	65,3	21,1
Neposredna uporaba in praktično preverjanje izvedbe standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v zdravstveni negi	17	100	73,9	16,4
Poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti	30	100	88,6	16,1

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

3.4.2 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: Zaposleni na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva so bolj samoiniciativni pri pridobivanju znanj in spremljanju razvoja stroke.

Pri analizi ravni zdravstvenega varstva na samoiniciativnost pri pridobivanju znanj in spremljanju razvoja stroke je enofaktorska analiza variance pokazala statistično značilno razliko glede na raven zdravstvenega varstva, saj so izvajalci zdravstvene nege na primarni (PV = 4,2; SO = 1,0) in sekundarni (PV = 4,1; SO = 1,0) ravni dosegli višjo povprečno oceno pri slednji trditvi kot izvajalci zdravstvene nege na terciarni ravni zdravstvenega varstva (PV = 3,4; SO = 1,3) in v socialnovarstvenih zavodih (PV = 3,3; SO = 1,3) ($F = 8,053$; $p < 0,001$) (tabela 13).

Tabela 13: Odnos izvajalcev zdravstvene nege do pridobivanja znanj in spremljanja razvoja stroke

	Raven zdravstvenega varstva				Statistični test	
	Primarna raven n = 46 PV (SO)	Sekundarna raven n = 87 PV (SO)	Terciarna raven n = 46 PV (SO)	Socialnovarstveni zavodi n = 34 PV (SO)	F	p
Je samoiniciativen pri pridobivanju znanj in spremljanju razvoja stroke.	4,2 (1,0)	4,1 (1,0)	3,4 (1,2)	3,3 (1,3)	8,053	< 0,001

Legenda: n = frekvenca, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = eno-faktorska analiza variance, p = statistična značilnost

Hipoteze 1 ne sprejmemo. Na ravni 5-% stopnje tveganja napake nismo dokazali, da so zaposleni na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva pri pridobivanju znanj in spremljanju razvoja stroke bolj samoiniciativni.

Hipoteza 2-1: Izobrazba zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z udeležbo izvajalca zdravstvene nege na internih in eksternih izobraževanjih.

Povezava med izobrazbo izvajalca zdravstvene nege in njegovo udeležbo na eksternih izobraževanjih predstavlja statistično značilno korelacijo pomembne moči ($r = 0,430$; $p < 0,001$), ki je pozitivno usmerjena, medtem ko je povezava med izobrazbo izvajalcev zdravstvene nege in udeležbo na internih izobraževanjih znotraj zavoda prav tako pozitivno usmerjena in statistično značilna, vendar nizke moči ($r = 0,277$; $p < 0,001$) (tabela 14).

Hipotezo 2-1 sprejmemo. Z manj kot 1 % stopnje tveganja napake smo dokazali, da je izobrazba izvajalca zdravstvene nege povezana s frekvenco njegovih udeležb na internih in eksternih izobraževanjih.

Hipoteza 2-2: Strokovna usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z udeležbo izvajalca zdravstvene nege na internih in eksternih izobraževanjih.

Povezava med strokovno usposobljenostjo izvajalcev zdravstvene nege z njihovo udeležbo na eksternih izobraževanjih ni statistično značilna ($r = 0,082$; $p = 0,242$). Nasprotno je povezava med strokovno usposobljenostjo izvajalcev zdravstvene nege in njihovo udeležbo na internih izobraževanjih statistično značilna, vendar nepomembne moči ($r = 0,151$; $p = 0,029$). Povezava je bila pri obeh pozitivno usmerjena (tabela 14).

Hipoteze 2-2 ne sprejememo. Na ravni 5 % stopnje tveganja napake nismo dokazali, da je strokovna usposobljenost izvajalca zdravstvene nege povezana s frekvenco njegovih udeležb na internih in eksternih izobraževanjih.

Tabela 14: Povezava med izobrazbo in strokovno usposobljenostjo izvajalca zdravstvene nege z udeleževanjem na internih in eksternih izobraževanjih

		Izobrazba	Strokovna usposobljenost izvajalca zdravstvene nege	Se udeležuje eksternih izobraževanj	Udeležuje se izobraževanj znotraj zavoda
Izobrazba	r	1	0,144	0,430	0,277
	p		0,038	< 0,001	< 0,001
Strokovna usposobljenost izvajalca zdravstvene nege	r		1	0,082	0,151
	p			0,242	0,029

Legenda: r = Pearsonov korelacijski koeficient; p = statistična značilnost

Hipoteza 3-1: Izobrazba zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z zagotavljanjem kakovosti in varnosti.

Hipoteza 3-2: Strokovna usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z zagotavljanjem kakovosti in varnosti.

Hipoteza 3-3: Vseživljenjsko izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi je povezano z zagotavljanjem kakovosti in varnosti.

Rezultati v tabeli 15 prikazujejo, da širše udejstvovanje v vseživljenjskem izobraževanju statistično značilno vpliva na višjo oceno zagotavljanja kakovosti in varnosti ($p < 0,001$). Ena dodatna odstotna točka pri vseživljenjskem izobraževanju predstavlja višje zagotavljanje kakovosti za 0,54 odstotne točke ($B = 0,54$; $SE = 0,06$; 95 % IZ = 0,42–

0,67). Delovno mesto v socialnovarstvenem zavodu negativno vpliva na zagotavljanje kakovosti ($p < 0,001$). Zaposleni v socialnovarstvenih zavodih dosegajo 15,79 odstotka nižjo oceno zagotavljanja kakovosti glede na primarno, sekundarno in terciarno raven ($B = -15,79$; $SE = 3,11$; 95 % IZ = $-21,93 - -9,65$). Vse neodvisne spremenljivke v linearnem regresijskem modelu pojasnjujejo 49,6 % odvisne spremenljivke zagotavljanja kakovosti ($R^2 = 0,496$, $F = 16,710$, stopnje prostosti = 10, $p < 0,001$).

Tabela 15: Linearni regresijski model vpliva dejavnikov na zagotavljanje kakovosti in varnosti

Zagotavljanje kakovosti in varnosti	B	SE	95 % IZ za B		p
Ženski spol	2,95	2,89	-2,76	8,65	0,309
Delovna doba	0,10	0,11	-0,12	0,31	0,387
Izobrazba					
bolničar, negovalec	1,62	6,17	-10,57	13,80	0,794
srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	2,96	4,92	-6,75	12,67	0,549
diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	2,53	4,97	-7,27	12,34	0,611
Raven zdravstvenega varstva					
primarna raven	2,09	2,73	-3,29	7,47	0,444
sekundarna raven	0,00	0,00	0,00	0,00	1,000
terciarna raven	-2,91	2,76	-8,36	2,55	0,294
socialnovarstveni zavodi	-15,79	3,11	-21,93	-9,65	< 0,001
Strokovna usposobljenost	0,07	0,07	-0,07	0,21	0,332
Vseživljenjsko izobraževanje	0,54	0,06	0,42	0,67	< 0,001

Legenda: B = koeficient povezanosti, SE = standardna napaka, 95 % IZ = 95-% interval zaupanja, p = statistična značilnost pri $p < 0,05$

Glede na rezultate:

- Hipoteze 3-1 ne sprejmemo. Na ravni 5 % stopnje tveganja napake nismo dokazali, da izobrazba zaposlenih vpliva na oceno zagotavljanja kakovosti in varnosti.
- Hipoteze 3-2 ne sprejmemo. Na ravni 5 % stopnje tveganja napake nismo dokazali, da strokovna usposobljenost zaposlenih vpliva na oceno zagotavljanja kakovosti in varnosti.
- Hipotezo 3-3 sprejmemo. Z manj kot 1 % stopnje tveganja napake smo dokazali, da večja angažiranost zaposlenih v vseživljenjskem izobraževanju vpliva na višjo oceno zagotavljanja kakovosti in varnosti.

Hipoteza 4-1: Izobrazba zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z upoštevanjem doktrin, standardov in protokolov.

Hipoteza 4-2: Strokovna usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z upoštevanjem doktrin, standardov in protokolov.

Hipoteza 4-3: Vseživljenjsko izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi je povezano z upoštevanjem doktrin, standardov in protokolov.

Rezultati v tabeli 16 prikazujejo, da širše udejstvovanje v vseživljenjskem izobraževanju statistično značilno vpliva na višjo oceno upoštevanja doktrin, standardov in protokolov ($p < 0,001$). Ena dodatna odstotna točka pri vseživljenjskem izobraževanju predstavlja višje upoštevanje doktrin, standardov in protokolov za 0,50 odstotne točke ($B = 0,50$; $SE = 0,08$; $95\% \text{ IZ} = 0,35\text{--}0,65$). Delovno mesto na primarni ravni negativno vpliva na oceno upoštevanja doktrin, standardov in protokolov ($p = 0,020$). Zaposleni na primarni ravni dosegajo 8,19 odstotka nižjo oceno upoštevanja doktrin, standardov in protokolov glede na sekundarno in terciarno raven ter na socialnovarstvene zavode ($B = -8,19$; $SE = 3,48$; $95\% \text{ IZ} = -15,05\text{--}-1,32$). Vse neodvisne spremenljivke v linearnem regresijskem modelu pojasnjujejo 32,3 % odvisne spremenljivke upoštevanja doktrin, standardov in protokolov ($R^2 = 0,323$, $F = 8,546$, stopnje prostosti = 10, $p < 0,001$).

Tabela 16: Linearni regresijski model vpliva dejavnikov na upoštevanje doktrin, standardov in protokolov

	B	SE	95 % IZ za B		p
Ženski spol	-0,20	3,86	-7,81	7,42	0,960
Delovna doba	0,16	0,15	-0,12	0,45	0,265
Izobrazba					
bolničar, negovalec	-12,21	8,11	-28,21	3,79	0,134
srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	4,92	6,28	-7,47	17,31	0,434
diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	5,89	6,33	-6,59	18,38	0,353
Raven zdravstvenega varstva					
primarna raven	-8,19	3,48	-15,05	-1,32	0,020
sekundarna raven	0,00	0,00	0,00	0,00	1,000
terciarna raven	4,22	3,69	-3,06	11,50	0,254
socialnovarstveni zavodi	-6,10	4,14	-14,27	2,07	0,142
Strokovna usposobljenost	-0,01	0,10	-0,20	0,18	0,893
Vseživljenjsko izobraževanje	0,50	0,08	0,35	0,65	< 0,001

Legenda: B = koeficient povezanosti, SE = standardna napaka, 95 % IZ = 95-% interval zaupanja, p = statistična značilnost pri $p < 0,05$

Glede na rezultate:

- Hipoteze 4-1 ne sprejmemo. Na ravni 5 % stopnje tveganja napake nismo dokazali, da izobrazba zaposlenih vpliva na oceno upoštevanja doktrin, standardov in protokolov.
- Hipoteze 4-2 ne sprejmemo. Na ravni 5 % stopnje tveganja napake nismo dokazali, da strokovna usposobljenost zaposlenih vpliva na oceno upoštevanja doktrin, standardov in protokolov.
- Hipotezo 4-3 sprejmemo. Z manj kot 1 % stopnje tveganja napake smo dokazali, da večja angažiranost zaposlenih v vseživljenjskem izobraževanju vpliva na višjo oceno pri upoštevanju doktrin, standardov in protokolov.

Hipoteza 5-1: Izobrazba zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z neposredno uporabo in praktičnim preverjanjem standardov in protokolov.

Hipoteza 5-2: Strokovna usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z neposredno uporabo in praktičnim preverjanjem standardov in protokolov.

Hipoteza 5-3: Vseživljenjsko izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi je povezano z neposredno uporabo in praktičnim preverjanjem standardov in protokolov.

Rezultati v tabeli 17 prikazujejo, da širše udejstvovanje v vseživljenjskem izobraževanju statistično značilno vpliva na višjo oceno neposredne uporabe in praktičnega preverjanja standardov in protokolov ($p < 0,001$). Ena dodatna odstotna točka pri vseživljenjskem izobraževanju predstavlja višjo neposredno uporabo in praktično preverjanje standardov in protokolov za 0,30 odstotne točke ($B = 0,30$; $SE = 0,07$; 95 % IZ = 0,16–0,44). Delovno mesto na terciarni ravni negativno vpliva na oceno neposredne uporabe in praktičnega preverjanja standardov in protokolov ($p = 0,003$). Zaposleni na terciarni ravni dosegajo 9,19 odstotka nižjo oceno neposredne uporabe in praktičnega preverjanja standardov in protokolov glede na primarno raven, sekundarno raven in socialnovarstvene zavode ($B = -9,19$; $SE = 3,09$; 95 % IZ = -15,30 – -3,08). Ženski spol pozitivno vpliva na višjo oceno neposredne uporabe in praktičnega preverjanja standardov in protokolov ($p = 0,014$). Ženske dosegajo 9,03 odstotka višjo oceno neposredne uporabe in praktičnega preverjanja standardov in protokolov v primerjavi z moškimi kolegi ($B = 9,03$; $SE =$

3,62; 95 % IZ = 1,86–16,19). Vse neodvisne spremenljivke v linearnem regresijskem modelu pojasnjujejo 20,0-% odvisne spremenljivke neposredne uporabe in praktičnega preverjanja standardov in protokolov ($R^2 = 0,200$, $F = 4,143$, stopnje prostosti = 10, $p < 0,001$).

Tabela 17: Linearni regresijski model vpliva dejavnikov na neposredno uporabo in praktično preverjanje standardov in protokolov

	B	SE	95 % IZ za B		p
Ženski spol	9,03	3,62	1,86	16,19	0,014
Delovna doba	0,09	0,12	-0,15	0,34	0,450
Izobrazba					
bolničar, negovalec	7,24	6,89	-6,37	20,85	0,295
srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	5,10	5,49	-5,73	15,93	0,354
diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,06	5,56	-7,92	14,05	0,582
Raven zdravstvenega varstva					
primarna raven	-2,08	3,21	-8,41	4,25	0,517
sekundarna raven	0,00	0,00	0,00	0,00	1,000
terciarna raven	-9,19	3,09	-15,30	-3,08	0,003
socialnovarstveni zavodi	-2,02	3,48	-8,89	4,84	0,562
Strokovna usposobljenost	0,05	0,08	-0,11	0,22	0,538
Vseživljenjsko izobraževanje	0,30	0,07	0,16	0,44	< 0,001

Legenda: B = koeficient povezanosti, SE = standardna napaka, 95 % IZ = 95-% interval zaupanja, p = statistična značilnost pri $p < 0,05$

Glede na rezultate:

- Hipoteze 5-1 ne sprejmemo. Na ravni 5 % stopnje tveganja napake nismo dokazali, da izobrazba zaposlenih vpliva na oceno neposredne uporabe in praktičnega preverjanja standardov in protokolov.
- Hipoteze 5-2 ne sprejmemo. Na ravni 5 % stopnje tveganja napake nismo dokazali, da strokovna usposobljenost zaposlenih vpliva na oceno neposredne uporabe in praktičnega preverjanja standardov in protokolov.
- Hipotezo 5-3 sprejmemo. Z manj kot 1 % stopnje tveganja napake smo dokazali, da večja angažiranost zaposlenih v vseživljenjskem izobraževanju vpliva na višjo oceno neposredne uporabe in praktičnega preverjanja standardov in protokolov.

Hipoteza 6-1: Izobrazba zaposlenih v zdravstveni negi je povezana s poznavanjem etičnih načel in pritožbenih poti.

Hipoteza 6-2: Strokovna usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi je povezana s poznavanjem etičnih načel in pritožbenih poti.

Hipoteza 6-3: Vseživljenjsko izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi je povezana s poznavanjem etičnih načel in pritožbenih poti.

Rezultati v tabeli 18 prikazujejo, da širše udejstvovanje v vseživljenjskem izobraževanju statistično značilno vpliva na višjo oceno poznavanja etičnih načel in pritožbenih poti ($p < 0,001$). Ena dodatna odstotna točka pri vseživljenjskem izobraževanju predstavlja višje poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti za 0,39 odstotne točke ($B = 0,39$; $SE = 0,06$; $95\% \text{ IZ} = 0,28\text{--}0,51$). Ženski spol vpliva na višjo oceno poznavanja etičnih načel in pritožbenih poti ($p = 0,002$). Ženske dosegajo 9,22 odstotka višjo oceno poznavanja etičnih načel in pritožbenih poti v primerjavi z moškimi izvajalci zdravstvene nege ($B = 9,22$; $SE = 2,95$; $95\% \text{ IZ} = 3,40\text{--}15,03$). Vse neodvisne spremenljivke v linearnem regresijskem modelu pojasnjujejo 31,7 % odvisne spremenljivke poznavanja etičnih načel in pritožbenih poti ($R^2 = 0,317$, $F = 8,350$, stopnje prostosti = 10, $p < 0,001$).

Tabela 18: Linearni regresijski model vpliva dejavnikov na poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti

	B	SE	95 % IZ za B		p
Ženski spol	9,22	2,95	3,40	15,03	0,002
Delovna doba	0,08	0,11	-0,14	0,29	0,486
Izobrazba					
bolničar, negovalec	0,53	6,20	-11,72	12,77	0,933
srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	0,37	4,80	-9,10	9,84	0,939
diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	0,60	4,85	-8,97	10,16	0,902
Raven zdravstvenega varstva					
primarna raven	0,06	2,64	-5,15	5,27	0,981
sekundarna raven	0,00	0,00	0,00	0,00	1,000
terciarna raven	-2,21	2,82	-7,78	3,37	0,436
socialnovarstveni zavodi	-6,01	3,17	-12,26	0,25	0,060
Strokovna usposobljenost	0,07	0,07	-0,07	0,21	0,345
Vseživljenjsko izobraževanje	0,39	0,06	0,28	0,51	< 0,001

Legenda: B = koeficient povezanosti, SE = standardna napaka, 95 % IZ = 95-% interval zaupanja, p = statistična značilnost pri $p < 0,05$

Glede na rezultate:

- Hipoteze 6-1 ne sprejmemo. Na ravni 5 % stopnje tveganja napake nismo dokazali, da izobrazba zaposlenih vpliva na oceno poznavanja etičnih načel in pritožbenih poti.
- Hipoteze 6-2 ne sprejmemo. Na ravni 5 % stopnje tveganja napake nismo dokazali, da strokovna usposobljenost zaposlenih vpliva na oceno poznavanja etičnih načel in pritožbenih poti.
- Hipotezo 6-3 sprejmemo. Z manj kot 1 % stopnje tveganja napake smo dokazali, da večja angažiranost zaposlenih v vseživljenjskem izobraževanju vpliva na višjo oceno poznavanja etičnih načel in pritožbenih poti.

3.4.3 Rezultati kvalitativno zasnovanega dela raziskave

Raziskovalno vprašanje pri kvalitativno zasnovanem delu raziskave se je glasilo »Kakšno je dojemanje strokovnih nadzorov s svetovanjem tistih, ki so nadzorovani oziroma so vključeni v strokovni nadzor s svetovanjem?« V tem delu raziskave so v skupinskem intervjuju sodelovali po trije predstavniki nadzorovanih, članov komisije za nadzor in managementa. Glede na analizo empiričnega kvalitativnega gradiva se je izkazalo, da je »dojemanje« osrednja tema, ki smo jo razdelili na tri časovne kategorije dojemanja nadzora pred, med izvajanjem in po izvajanju nadzora (tabele 19, 20 in 21).

3.4.4 Dojemanje strokovnih nadzorov s svetovanjem – vidik nadzorovanih

Nadzor je za intervjuvanca I1 pozitivna izkušnja v smislu svetovanja, usmerjanja, kaj mora narediti, kaj je pravilno in kaj ni. Intervjuvanec I1 navaja, da ga je pred nadzorom bilo strah, da med nadzorom ne bo nič vedel, da njegova majhna organizacija ni dorasla temu nadzoru. Pripravo in strah pred nadzorom opisuje njegova naslednja izjava:

» [...] jaz sem se prav pripravljala za tisti nadzor, ker sem se prav. Jaz sem zelo samokritična in sem mislila, da prav nič ne bom vedela, da mi nismo dorasli tistim v nadzoru, da nič ni prav, da ne bomo ne vem, kaj bo z nami in tako naprej [...]«.

Vendar je nadzor prerasel v pozitivno izkušnjo:

»[...] ko smo dobili tisti nadzor, saj res, v bistvu smo dobili veliko, veliko spodbude. In so nam svetovali glede izobraževanj in glede kazalnikov kakovosti. V bistvu sem jaz takrat prišla na tisto delovno mesto in sem bila čisto tako, kot bi rekla, sem rabila nekoga, da mi svetuje in da mi pove, kaj moram narediti, kako je pravilno, kaj ni pravilno, no, in tisto mi je zelo pomagalo. Prvo to, potem pa so mi v bistvu svetovali, tudi za specialna znanja s področja okužb.«

Na podlagi nadzora se je udeležila izobraževanja za specialna znanja s področja z zdravstvom povezanih okužb in ga tudi opravila ter napisala Program preprečevanja in obvladovanja z zdravstvom povezanih okužb v zavodu, kjer je zaposlena.

»Jaz sem recimo tudi uredila nov POBO sem napisala po tistmu izobraževanju, potem pa protokole zdravstvene nege, vse to smo uredili, kar je bilo prej, je bilo vse tako površno, ni bilo urejeno, ni bilo po pravilih po sistemu.«

Intervjuvanec I2 je navedel, da je bil zanj nadzor pozitivna izkušnja v smislu odprtega pogovora (»pogovor kar stekel«). Pred nadzorom se mu je pojavil strah, predvsem zaradi tega, da ne bi znal odgovoriti na kakšno vprašanje, kot navaja:

»[...] Da preveč sprašujejo, da ne vedo, kaj bi odgovorili. Meni osebno se ni zdelo, da ne bi znala na kakšno vprašanje odgovoriti, v bistvu so spraševali tisto, kar moramo znati, tisto, kar nam priporočajo, spraševali so, kako v naši ustanovi poteka, zanimali so jih odkloni kakovosti. Kaj delamo, kako poteka delo ... pravice, dolžnosti pacientov [...]«.

Že med nadzorom je ugotovila, da je bil strah odveč, saj so jo spraševali le tisto, kar mora znati, tisto, kar jim priporočajo. Poleg tega so spraševali, kako poteka delo v ustanovi, nadzornike so zanimali odkloni kakovosti, urejenost delovnega okolja. Za I2 je bil nadzor pozitivna izkušnja in jih priporoča tudi v prihodnje. Prav na podlagi poročila po opravljenem nadzoru so zaposlili dodatno medicinsko sestro. Tudi za intervjuvanca I3 je

bil nadzor pozitivna izkušnja v smislu odprtega pogovora. Pred nadzorom se mu je pojavil strah, da je pri kakšnem pacientu kaj narobe naredil, vendar mu je vodja razložila, da naj ga ne skrbi preveč:

»[...] da je pač to reden nadzor, da ne pridejo gledat, kaj človek narobe dela, ampak pridejo pogledat, kako se imamo, kaj delamo, kako delamo, kaj bi lahko drugače naredili. In pol sem se vseeno tako malo bolj pomiril, no samo, ko so pa prišli, ko je prišel tisti dan, je bilo pa približno tako, kot da bi šel na en izpit spet po dolgem času, tako da taki občutki so bili, ko pa sem noter prišel, je bila prijazna gospa, pa mislim, da en gospod je še tam sedel, potem pa smo se začeli pogovarjati in je bila v bistvu taka prijetna izkušnja.«

Na nadzor se je pripravil z vodjo in še z eno kolegico, ki je bila prav tako nadzorovana. Med nadzorom se je s članoma komisije za nadzor pogovarjal, kar se mu je zdela pozitivna izkušnja. Ker je bil na nadzor pripravljen, je pri nadzoru dobil občutek, da vse poteka po nekem vzorcu (spomnil se je, da je moral izpolniti tudi obrazec). Nadzor je doživel kot izkušnjo, v kateri nadzorniki »pridejo, pogledajo in dajo kakšen nasvet – predvsem kje se da kaj izboljšati«.

Tabela 19: Kategorije in kode – vidik nadzorovanih

Kategorija	Občutki/čustva	Kode
Pred nadzorom	Pozitivni	-
	Negativni	Strah, priprava na nadzor
Med nadzorom	Pozitivni	Dobronamerni predlogi, svetovanje, odprtost komunikacije, priporočila, potek dela, predvidljivost, struktura
	Negativni	-
Po nadzoru	Pozitivni	Pozitivna izkušnja, znanja, svetovanje, vpliv na kadre, priložnost za izboljšave
	Negativni	-

3.4.5 Dojemanje strokovnih nadzorov s svetovanjem – vidik članov komisije za nadzor

Članica komisije N1 navaja, da je bil zanjo nadzor pozitivna izkušnja v smislu opore in priporočil. Prav tako dodaja, da ji kljub izzivom strokovni nadzori predstavljajo priložnost za strokovno rast, kar je razvidno iz izjave:

»Jaz bom rekla, da so mi nadzori, ko sem dobila povabilo, da se pridružim k nadzoru, bili zelo en velik izziv, ker sem se zelo veliko naučila skozi te nadzore in tudi videla, da mi je zelo veliko manjkalo, [...] in je bila to ena izkušnja, bom rekla v eni strokovni rasti.«

Članica komisije N2 navaja, da je bil tudi zanjo nadzor pozitivna izkušnja na podlagi izboljšav, ki se z nadzori dosežejo. Na začetku se ji je pojavil strah, ali je med nadzorom vse postopke pravilno razumela in na koncu na podlagi podanega pravilno zaključila postopek (pravilno odločila oziroma pravilno izrazila svoje mnenje v nadzoru). Njen strah se odraža v izjavi:

»Moram reči, da prvi občutek, kar mi pride na misel, sem se, kako bi rekla, v grlu imela knedel, nekako je kar težko pristopit, predvsem kot da je mene strah nadzirati. No, to čisto odkrito povedano, bolj v smislu, da bi kaj jaz narobe ocenila, ne da bi v poročilu bilo napačno kaj navedeno in potem, da bi bili zaključki ne pravi.«

Razume, da sodelavci in sodelavke delajo maksimalno in dajo vedno vse od sebe in ima malo grenak priokus biti nadzornik. N2 se trudi biti objektivna na podlagi z dokazi podprte zdravstvene nege, ko nadzira neko nepravilnost, velikokrat pa to ni preprosto. Nadalje navaja, da se med pogovorom med nadzorom čuti začetna napetost, ampak se le-ta kasneje sprosti, kot navaja:

»[...] ko vsi vidimo, da gre za konstruktivni način, da najdemo izboljšave, kadar gre za sistemske. In seveda, se da na koncu določena priporočila, ki so v oporo bodisi primarnemu zdravstvu ali pa socialnovarstveni ustanovi, kjer moramo še nadgraditi svojo stroko.«

N3 se na vsakem nadzoru vedno kaj novega nauči in dojema nadzor kot pozitivno aktivnost za stroko zdravstvene in babiške nege. Pred nadzorom čuti strah in veliko odgovornost do samega nadzora. Med nadzorom čuti veliko odgovornost do tistega, ki ga nadzira, ali se mu bo »odprl«, zato mu je zelo pomemben pristop celotne komisije, da le-ta zna »razbliniti« napetost v pozitivno energijo v prostoru. Začetek pogovora se mu zdi zelo pomemben, kot navaja:

»To je zelo pomembno, na kakšen način si ti odprl ta pogovor, da se ni začel samo z vprašanji, da se ni začel samo z nekimi pričakovanimi odgovori, ampak da si znal najprej razbliniti to energijo, ki se je pojavila ... v prostoru, v katerem si izvajal ta nadzor, zato da so se ljudje, ki so tam sedeli, počutili varne.«

Tabela 20: Kategorije in kode – vidik nadzornikov

Kategorija	Občutki/čustva	Kode
Pred nadzorom	Pozitivni	Izziv
	Negativni	Strah, priprava na nadzor
Med nadzorom	Pozitivni	Pozitivna prva izkušnja, izkušeni nadzorniki, pozitivna svetovalna vloga, objektivnost, biti ekspert, priporočila, varno ozračje, odgovornost
	Negativni	Napake sistema, neprijetna vloga, sistem kot ovira, začetna napetost, stiska
Po nadzoru	Pozitivni	Učna izkušnja, pridobivanje znanja, priložnost za razvoj, razvoj zaupanja, spodbuda za stroko, strokovna rast, dober občutek
	Negativni	management kot ovira

3.4.6 Dojemanje strokovnih nadzorov s svetovanjem – vidik managementa zdravstvene nege

M1 nad nadzorom ni bil navdušen, ker mu je nadzor predstavljal dodatno delo (pisanje poročila). Občutke, ki jih je začutil, ko je dobil obvestilo, da bodo imeli nadzor, ponazarja naslednja izjava *»Seveda bi se zlagal, če bi rekel, da sem bil navdušen«*. Glede nadzora ga je skrbelo, kaj se bo med samim nadzorom ugotovilo, ker je natančno vedel, kje v njihovem zavodu obstajajo pomanjkljivosti (nimajo popisanih procesov, manjkajo kazalci kakovosti ...) in kaj vse bo komisija ugotovila. Pripravo na nadzor je opisal v naslednji izjavi:

»[...] nisem imel nekega slabega občutka ali pa da bi karkoli skrival, ker je tako, kot so že vsi moji predhodniki rekli, smo pač pomirili zaposlene, smo jih seznanili, da je najavljen strokovni nadzor, smo obvestili tiste, ki so bili izbrani in njihove nadrejene, da morajo omogočati organizacijo dela tako, da bodo sodelovali pri nadzoru, smo povabil vse vodje večjih enot, kjer je zdravstvena nega tudi vidna, na ta uvodni skupni sestanek.«

M2 je bila vesela nadzora v smislu pridobivanja znanja in ugotavljanja, ali stvari delajo pravilno. Nadzori so ji dobrodošli predvsem, ker ji nudijo priložnost kaj vprašati oziroma se posvetovati, kot je razvidno iz njene izjave:

»Meni se je zdelo zelo fajn, no, nisem imela neke treme, da bi rekla, ker saj pravim, meni so ti nadzori vedno dobrodošli, a ne, tudi se mi zdi tako fajn priložnost kaj vprašat, če kaj ne veš, kako pa imate vi to, a ne pa, da se potem posvetuješ tako na ta način.«

Tabela 21: Kategorije in kode – vidik managementa

Kategorija	Občutki/čustva	Kode
Pred nadzorom	Pozitivni	Pozitiven pristop
	Negativni	Strah, priprava na nadzor, dodatna obremenitev, stiska s časom
Med nadzorom	Pozitivni	Pozitivna izkušnja, spodbuda za razvoj kakovosti, neobtožujoči pristop, zavedanje urejenosti procesov, učna izkušnja in priložnosti za nova spoznanja, priložnost za posvet, konstruktiven pristop
	Negativni	Vodilni management kot ovira, zavedanje lastnih pomanjkljivosti
Po nadzoru	Pozitivni	Učna izkušnja, pridobivanje znanja, priložnost za razvoj, razvoj zaupanja, spodbuda za stroko, dobrodošel pogled
	Negativni	Management kot ovira

3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil oceniti in analizirati izvedene individualne strokovne nadzore s svetovanjem v obdobju od 2019 do 2021, ki jih je izvajala Zbornica – Zveza pri izvajalcih zdravstvene nege na vseh ravneh zdravstvenega varstva v Sloveniji. V raziskavi smo ugotovili, da so izvajalci zdravstvene nege, vključeni v strokovne nadzore s svetovanjem, dosegli najboljše rezultate na področju strokovne usposobljenosti, medtem ko so najslabše ocene prejeli pri upoštevanju doktrin, standardov in protokolov. Pri tem se ni izkazalo, da bi stopnja strokovne izobrazbe ali dolžina delovne dobe pomembno vplivali na kakovost in varnost oskrbe. Namesto tega je bila najbolj pomembna povezava med udeležbo na vseživljenjskih izobraževanjih in izboljšanjem kakovosti ter varnosti zdravstvene nege. Višja izobrazba je sicer povezana s pogostejšo udeležbo na internih in eksternih izobraževanjih, vendar pa je udejstvovanje v vseživljenjskem izobraževanju ključno za doseglo boljše kakovosti in varnosti, boljše poznavanje etičnih načel ter učinkovitejšo uporabo standardov in protokolov. V nadaljevanju so trditve podrobneje predstavljene.

Kompetence, ki jih pridobijo izvajalci zdravstvene nege po zaključenem izobraževanju, so kompetence določene ravni izobraževanja po Slovenskem ogrodju kvalifikacij (SOK, ki ima 10 ravni) in zajema splošne in specifične kompetence srednješolskega in visokošolskega študijskega programa. Dodatne kompetence izvajalec zdravstvene nege pridobi skozi vseživljenjsko kontinuirano izobraževanje. Ob sklenitvi pogodbe za delovno mesto se izvajalec zdravstvene nege zaposli na delovno mesto, za katero izpolnjuje pogoje, vezane na izobrazbo. Podcenjevanje splošnih in specifičnih kompetenc po SOK je močno zaznamovalo razvoj zdravstvene nege v Sloveniji in nas uvršča med evropske države z najmanj diplomiranimi medicinskimi sestrami na 1000 prebivalcev (Ažman & Prestor, 2021). V letih 2019, 2020 in 2021, znotraj katerih so zajeti redni individualni strokovni nadzori, je v register izobraževanj pri Zbornici – Zvezi vpisanih in vrednotenih 4.237 izobraževanj, medtem ko so 3.314 izobraževanj izvedli oz. organizirali delodajalci. V letih 2020 in 2021 je zaznati upad izobraževanj v primerjavi s predhodnim in kasnejšim časovnim obdobjem za 40 %, kar gre zagotovo pripisati izrednim razmeram v zdravstvu zaradi pandemije covida-19 (Zbornica – Zveza, 2023).

Pri pregledu strokovne usposobljenosti izvajalca zdravstvene nege za delovno mesto smo v raziskavi ugotovili, da približno tretjina izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga (tabela 2). Nižja kot je izobrazba medicinskih sester, več nalog se jim dodeli, kar pogosto presega njihove kompetence in ima lahko negativen vpliv na zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege (Lasater, et al., 2021). Nasprotno medicinske sestre z višjo izobrazbo, kot je diploma iz zdravstvene nege ali višja stopnja izobrazbe, običajno izkazujejo večjo ozaveščenost in integracijo poklicnih vrednot, ki so ključne za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege (Sibandze & Scafide, 2018). Avtorja Van Horn in Lewallen (2023) trdita, da višja stopnja izobrazbe izboljšuje klinične kompetence medicinskih sester, kar pa se v naši raziskavi ni izkazalo, če lahko o tem posredno sklepamo po rezultatih (tabele 15–18). Kljub prizadevanjem izvajalcev zdravstvene nege, ki jih obremenimo z dodatnimi nalogami, ki pogosto presegajo njihove kompetence, tovrstna obremenitev pogosto vodi v nezadovoljstvo, kar je eden od razlogov, da številni med njimi zapustijo poklic in iščejo zaposlitev v drugih panogah (Lessi, et al., 2024). Po drugi strani višja izobrazba medicinskih sester omogoča prevzemanje zahtevnejših nalog in večjo odgovornost. S pridobitvijo višje izobrazbe so sposobne aktivno sodelovati pri

pripravi internih navodil, oblikovanju protokolov in sprejemanju ključnih odločitev v kliničnem okolju. Poleg tega prevzemajo pomembno vlogo pri razreševanju kompleksnih situacij, ki zahtevajo širše znanje in izkušnje (Sibandze & Scafide, 2018). Višja izobrazba omogoča tudi prevzemanje vodstvenih funkcij, kot je vodenje tima, kjer medicinske sestre ne le opravljajo strokovno delo, temveč tudi skrbijo za koordinacijo in usklajevanje nalog znotraj zdravstvenega tima (Scammell, et al., 2020). Do največ odstopanj pri preseganju kompetenc v naši raziskavi prihaja pri socialnovarstvenih zavodih, sledijo izvajalci zdravstvene nege na primarni ravni in terciarni ravni. V najmanjšem deležu presegajo kompetence delovnega mesta izvajalci zdravstvene nege na sekundarni ravni. Glede na izobrazbo izvajalcev zdravstvene nege smo ugotovili največ odstopanj v preseganju kompetenc pri bolničarjih/negovalcih, sledijo srednje medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege. Najmanjši delež preseganja kompetenc delokroga smo ugotovili pri diplomiranih medicinskih sestrah in diplomiranih zdravstvenikih, kar kaže, da je za zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave višji delež diplomiranih medicinskih sester nujno potreben (Amiri, 2021). Amiri (2021) je ugotovil, da je večje število diplomiranih medicinskih sester povezano z izboljšanjem kakovosti zdravstvene oskrbe, saj je vsak 1-odstotni porast števila diplomiranih medicinskih sester v letu 2015 zmanjšal stopnjo umrljivosti zaradi akutnega miokardnega infarkta za 1,11 %, zaradi možganske kapi za 0,08 % in zaradi ishemične možganske kapi za 0,46 %. V omenjeni raziskavi poudarja pomen izobrazbe in števila diplomiranih medicinskih sester za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe.

Socialnovarstveni zavodi imajo kar za 15,79 % (tabela 15) nižjo oceno zagotavljanja kakovosti v primerjavi s primarno, sekundarno in terciarno ravnjo, kar je v nasprotju z ugotovitvami raziskave Spiers s sodelavci (2018), kjer uporabniki socialnovarstvenih zavodov navajajo zadovoljstvo s kakovostjo storitev. Verjetno naši socialnovarstveni zavodi niso povsem primerljivi z organizacijo drugje oziroma bo treba kakovost naših socialnovarstvenih zavodov nujno izboljšati, saj se vsakodnevno srečujemo s pritožbami svojcev in ukrepi inšpekcijskih služb. Zadnje je posledica neustreznih kadrovskih standardov in normativov (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2024). Nizek kadrovski normativ, šibka struktura zaposlenih, velik delež bolničarjev-negovalcev in premalo diplomiranih medicinskih sester so namreč ključni izzivi, s katerimi se soočamo.

Tudi slabo vodenje je pomemben izziv v zdravstvenih ustanovah. Pomanjkanje jasne vizije, slaba komunikacija in nezadostna podpora zaposlenim lahko prispevajo k težavam pri izvajanju nalog in zmanjšanju kakovosti zdravstvene oskrbe (Laznik, 2018). Obenem pa stanovalci potrebujejo vse bolj zahtevno zdravstveno nego in tudi oskrbo. Brunt (2022) dokazuje, da je v socialnovarstvenih zavodih za kakovost in varnost izvedenih storitev treba povečati kadrovske normative, predvsem pa izobrazbo. Tudi nadzori Zbornice – Zveze jasno opozarjajo, da s trenutno strukturo zaposlenih ne moremo zagotavljati kakovostnih storitev, čeprav tega neposredno s hipotezo nismo mogli potrditi, vendar pa se ta težava vendarle kaže v vsakodnevni praksi in je to tudi v skladu s tujimi dokazi (Brunt, 2022). Na primarni ravni zaposleni dosegajo 8,19 odstotka nižjo oceno upoštevanja doktrin, standardov in protokolov. To lahko deloma pojasnimo z dejstvom, da se narava dela izvajalcev zdravstvene nege v ambulantah družinske medicine na primarni ravni zdravstvenega varstva razlikuje in je usmerjena v soodvisno vlogo z zdravnikom, nosilcem zdravstvene dejavnosti. Zaradi tega se morajo prilagajati zahtevam neposrednega nadrejenega. Dodatni razlogi za nizko oceno so lahko tudi omejene možnosti za izobraževanje. Delodajalci na primarni ravni bi morali več pozornosti posvetiti izobraževanju in usposabljanju svojih zaposlenih, vendar so omejeni s pomanjkanjem le-teh. Nasprotno pa lahko na podlagi dokazov trdimo, da so se v tujini prav na področju primarnega zdravstvenega varstva razvile nove vloge izvajalcev zdravstvene nege, ki dosegajo enako kakovost ali celo večjo kakovost izvajanja storitev v primerjavi z zdravniki (Laurant, et al., 2018), kar kaže na naš zaključek, da je karierni razvoj izvajalcev nujen, če hočemo povečati tudi kakovost njihovih storitev.

Izvajalci zdravstvene nege so poklicne kompetence in iz njih izhajajoče poklicne aktivnosti pridobili med formalnim izobraževanjem. Z vseživljenjskim izobraževanjem med poklicnim delom pa so si pridobili specifične poklicne kompetence, vezane na področje dela. Vendar slednje ne smejo posegati v kompetence višje ravni. Za prevzemanje poklicnih kompetenc in z njimi povezanih aktivnosti zdravstvene nege, ki presegajo stopnjo izobrazbe in specialne kompetence, vezane na področje dela, pridobljene z vseživljenjskim izobraževanjem, je v kliničnem okolju odgovoren tako posameznik kot delodajalec, saj je izvajalcu dodelil aktivnosti, za katere ta nima pristojnosti (Ažman & Prestor, 2021). V raziskavi Skorobogatova s sodelavci (2018) so

vključene medicinske sestre veliko pozornosti namenile razpravi o mejah poklicne usposobljenosti. Pri kompetencah je bilo izraženih veliko spornih vprašanj. Po eni strani so meje strokovne usposobljenosti določene in dovolj jasne, vendar so sodelujoče medicinske sestre poudarile, da pri delu v enotah intenzivne nege novorojenčkov te meje pogosto prestopijo. To se zgodi zaradi izbire samih medicinskih sester (npr. ko skušajo v nujnih primerih rešiti življenje novorojenčka in s tem medicinske sestre izvajajo dejanja, ki presegajo njihove pristojnosti) in tudi zato, ker zdravniki svoje naloge pogosto prenesejo na izvajalce zdravstvene nege in jih na ta način prisilijo, da presegajo meje svoje strokovne usposobljenosti. Takšno zaupanje zdravnikov v medicinske sestre je sporno: po eni strani jih navdušuje, a je hkrati lahko tudi nevarno, da pride do prekoračitve funkcij, opredeljenih v opisu delovnih mest. Pomembno je omeniti, da so medicinske sestre, ki so sodelovale v omenjeni raziskavi, poudarile, da imajo v Litvi medicinske sestre na vsakem področju svoje normativne predpise, ki zelo natančno opisujejo njihove kompetence in omejitve.

Zdravstveni sistemi se nenehno spreminjajo zaradi tehnoloških in znanstvenih inovacij ter vse večjih zahtev in potreb pacientov (Bhatarasakoon & Chiaranai, 2024). To narekuje izvajalcem zdravstvene nege, da nenehno razvijajo svoje znanje in veščine v vseh okoljih zdravstvene nege (Hakvoort, et al., 2022). Zahteva po vključenosti izvajalcev zdravstvene nege v vseživljenjsko izobraževanje se med evropskimi državami in drugod po svetu razlikuje in je lahko obvezno ali prostovoljno (Pool, et al., 2015). Vseživljenjsko izobraževanje je obvezno v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske, Belgiji, Španiji, Avstraliji in v nekaterih državah v Združenih državah Amerike (Krespani, et al., 2021; Mlambo, et al., 2021; European Federation of Nurses, 2023). V teh državah se izvajalci zdravstvene nege vključujejo v vseživljenjsko izobraževanje, ker je to obvezen pogoj za izvajalce zdravstvene nege, da ostanejo registrirani za opravljanje dejavnosti. Tudi v Sloveniji je vseživljenjsko izobraževanje nujno in sledi končnemu cilju – zagotoviti najboljše znanje in spretnosti za pacienta (Ur. l. RS, 2020; Ur. l. RS, 2021). Nasprotno pa na Švedskem, Nizozemskem in Irskem medicinske sestre sodelujejo v vseživljenjskem izobraževanju na lastno željo (Mlambo, et al., 2021). V raziskavi smo ugotovili, da obstaja statistično značilna razlika v samoiniciativnosti pri pridobivanju znanja in spremljanju stroke glede na raven zdravstvenega varstva. Izvajalci zdravstvene

nege na primarni in sekundarni ravni so bili statistično značilno bolj samoiniciativni kot izvajalci zdravstvene nege na terciarni ravni zdravstvenega varstva in izvajalci zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih. Slednje je najverjetneje posledica delovnih obremenitev in narave dela na različnih ravneh zdravstvenega varstva. Na primarni in sekundarni ravni so izvajalci zdravstvene nege pogosto bolj vključeni v neposredno interakcijo s pacienti in opravljajo širši spekter nalog, zaradi česar je potrebna večja samoiniciativnost pri sprejemanju odločitev in prilagajanju zdravljenja. Na terciarni ravni pa so naloge pogosto bolj specializirane in podrobno usmerjene v določene medicinske postopke, kjer je obseg samostojnosti in avtonomije lahko bolj omejen zaradi večje vključenosti specialističnih ekip in bolj strukturiranih protokolov. Dodatno se v socialnovarstvenih zavodih naloge izvajalcev zdravstvene nege osredotočajo bolj na dolgotrajno oskrbo, kar vključuje več rutinskih nalog (Perreira, et al., 2016). Pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege, velika delovna obremenitev, pomanjkanje financiranja in časa za udeležbo na vseživljenjskem izobraževanju so izpostavili kot pomembne ovire pri vključevanju izvajalcev zdravstvene nege v številnih raziskavah (Clark, et al., 2018; Mlambo, et al., 2021).

Povezava med izobrazbo izvajalca zdravstvene nege in njegovo udeležbo na eksternih izobraževanjih je bila statistično značilna in pomembna (tabela 14). Tudi povezava med izobrazbo izvajalcev zdravstvene nege in udeležbo na internih izobraževanjih znotraj zavoda je bila statistično značilna, vendar nizke moči (tabela 14). Višja stopnja izobrazbe je bila povezana z večjo udeležbo na internih in eksternih izobraževanjih. Da so se izvajalci zdravstvene nege z nižjo stopnjo izobrazbe manj udeleževali vseživljenjskega izobraževanja, so pokazali tudi v drugih raziskavah (Pool, et al., 2015; Krespani, et al., 2021). Kot razlog so v raziskavi Pool s sodelavci (2015) navedli, da jim preprosto primanjkuje akademskih lastnosti in motivacije za izobraževanje. Povezava med strokovno usposobljenostjo izvajalcev zdravstvene nege z njihovo udeležbo na eksternih izobraževanjih ni bila statistično značilna (tabela 14). Povezava med strokovno usposobljenostjo izvajalcev zdravstvene nege in njihovo udeležbo na internih izobraževanjih je bila statistično značilna, vendar nepomembne moči (tabela 14). Pozitivni vpliv vseživljenjskega izobraževanja na strokovnost izvajalcev zdravstvene nege je že opisan v raziskavah (Pool, et al., 2015; Averlid, 2017). Povezavo med

vseživljenjskim izobraževanjem in izboljšanjem oskrbe pacientov so v raziskavi Jantzen (2019) opredelili kot močno gonilo izvajalcev zdravstvene nege, da se vključijo v vseživljenjsko izobraževanje. Ugotovili smo, da višja izobrazba ali večja strokovna usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege nista bili povezani z zagotavljanjem višje kakovosti in varnosti ter prav tako ne z boljšim upoštevanjem doktrin, standardov in protokolov, z neposredno uporabo in boljšim praktičnim preverjanjem standardov in protokolov, ali poznavanjem etičnih načel in pritožbenih poti, kar je povsem v nasprotju z dokazi Aiken in sodelavcev (2017). Po drugi strani pa je pogostejše vključevanje izvajalcev zdravstvene nege v vseživljenjsko izobraževanje bilo povezano z le-tem (tabela 15–18). Kurikul izobraževanja za zdravstveno nego deluje z namenom priprave oz. oblikovanja medicinskih sester, ki lahko s povezovanjem teorije in prakse zagotavljajo kakovostno zdravstveno nego v klinični praksi (Jho, 2014; Lee & Sim, 2020). Izobraževanje na področju zdravstvene nege je sestavljeno iz teorije in prakse. Klinično izobraževanje predstavlja polovico izobraževalne izkušnje, medtem ko teoretični del, ki poteka v učilnicah in laboratorijih, nudi izvajalcem zdravstvene nege priložnost za razvoj znanja, veščin, odnosov in vrednot (Zhang, et al., 2022). Razlike v teoriji in praksi so eno izmed pomembnih vprašanj zdravstvene nege, o katerem se že dolgo razpravlja na različne načine in še vedno brez jasnih zaključkov (Lee & Sim, 2020). Skoraj vsi vodje na izobraževalnem področju zdravstvene nege v ZDA verjamejo, da so novi diplomanti dobri in pripravljeni za vstop na trg dela in v prakso; skoraj enako število vodij zdravstvene nege v bolnišničnem okolju pa se s tem ne strinja (Missen, et al., 2016). Dodatno je Toothaker s sodelavci (2022) poudaril, da kurikul zdravstvene nege ni osredotočen na uporabo ali prenos znanja v klinično prakso, in je poročal, da ima večina novo izobraženih medicinskih sester težave ali pa ni sposobna prenesti znanja v klinično okolje pri oskrbi pacientov, ker nimajo kliničnih izkušenj. Dolgo let se izobražujejo za poklic medicinske sestre, vendar so po vstopu v klinično okolje popolnoma nepripravljene.

Dejavnik, ki je v naši raziskavi najbolj pojasnjeval dobro klinično prakso, je bilo vseživljenjsko izobraževanje, kar je v skladu z drugimi raziskavami (Qalehsari, et al., 2017; Mlambo, et al., 2021; Maz-Macharo, et al., 2024), ki navajajo, da vseživljenjsko izobraževanje pozitivno vpliva na rast zaposlenih ter na poklicni, osebni in socialni

razvoj posameznika in je neposredno povezano z boljšo klinično prakso izvajalcev zdravstvene nege. Vseživljenjsko izobraževanje je bistvena sestavina strokovnosti. Strokovni in osebni ter socialni razvoj so bili najmočnejši motivi za nadaljevanje izobraževanja in udeležbo izvajalcev zdravstvene nege v vseživljenjskem izobraževanju (Qalehsari, et al., 2017; Mlambo, et al., 2021; Maz-Machado, et al., 2024). Organizacije bi morale ustrezno financirati in omogočiti dostop do stalnega strokovnega razvoja. Po drugi strani pa bi morali tudi izvajalci zdravstvene nege še naprej aktivno sodelovati pri stalnem strokovnem razvoju, da bi s kompetentno prakso ohranili visoke standarde zdravstvene nege (Mlambo, et al., 2021).

V kvalitativnem delu raziskave smo želeli raziskati dojemanje strokovnih nadzorov s svetovanjem med tistimi, ki so bili vključeni v ta proces ali nadzorovani. Iz izjav intervjuvancev je razvidno, da so strokovni nadzori s svetovanjem za nadzorovane posameznike predstavljali predvsem pozitivno izkušnjo, ki je vključevala svetovanje, usmerjanje in odprt pogovor. Sprva so občutili strah in negotovost, predvsem zaradi strahu pred neznanjem ali napakami. Vendar so nadzorniki s svetovanjem in usmerjanjem pripomogli k izboljšanju poklicnih praks, izobraževanj ter postopkov v delovnem okolju. Nadzor je bil zaznan kot priložnost za pridobivanje novih znanj, odpravo pomanjkljivosti in izboljšanje kakovosti dela. Nadzorovani so ob zaključku nadzora izrazili zadovoljstvo z doseženimi izboljšavami in priporočili nadzore za prihodnje. Hudays s sodelavci (2023) poudarja pozitiven vpliv strokovnega nadzora, ki znatno prispeva k večjemu zadovoljstvu medicinskih sester pri delu ter zmanjšanju stresa in izgorelosti, zlasti v prvih šestih mesecih izvajanja. Poleg tega izboljšano zadovoljstvo pri delu ugodno vpliva na kakovost oskrbe, vendar raziskava opozarja na izzive pri oblikovanju učinkovitih in optimalnih strategij strokovnega nadzora.

Naše ugotovitve so bolj spodbudne od ugotovitev raziskovalcev Atashi s sodelavci (2023), v kateri so ugotovili številne ovire pri strokovnih nadzorih, kot so pasivno vodenje, strokovna nezrelost, slaba komunikacija, pomanjkanje ustrezne podpore in časa. V raziskavi Snowdon s sodelavci (2020) ugotavljajo, da učinkovit klinični nadzor zahteva zaupljiv odnos, odprto komunikacijo in podporo med nadzornikom in nadzorovanim. Ključni dejavniki za uspeh nadzora vključujejo usposobljenost nadzornikov,

organizacijsko podporo in spodbujanje profesionalnega razvoja skozi refleksijo, medtem ko pomanjkanje časa in virov predstavljata glavni oviri. Podobno kot v naši raziskavi ugotavljata Mohamed in Ahmed (2019), da medicinske sestre dojemajo nadzor kot pomemben za izboljšanje svoje prakse, vendar naletijo na ovire, kot so pomanjkanje časa, virov in ustrezne podpore. Ključni dejavniki za uspeh so vzpostavitev zaupljivega odnosa z nadzornikom, usposobljenost nadzornikov ter razumevanje nadzora kot sredstva za osebni in profesionalni razvoj. Kot ugotavljajo avtorji Cutcliffe s sodelavci (2018), strokovni nadzor pozitivno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe, saj omogoča izboljšanje strokovnih veščin, povečanje samozavesti in zadovoljstva medicinskih sester.

Strokovni nadzori so za člane nadzorne komisije predstavljali predvsem pozitivno izkušnjo, ki so jo zaznali kot priložnost za strokovni napredek in izboljšanje kakovosti. Kljub začetnemu strahu in odgovornosti so jih mnogi videli kot pomemben dejavnik za razvoj stroke. Nadzor so dojeli kot izziv, ki omogoča izobraževanje in poglobitev znanja, pri čemer so napetosti kmalu izzvenele v konstruktivnem okolju. Ohranjanje objektivnosti in dokazov je bilo ključnega pomena za pravilno ocenjevanje postopkov. Nadzor so obravnavali kot priložnost za izboljšanje sistema, pri čemer so priporočila pogosto vključevala spremembe v organizaciji in izobraževanju. Ključnega pomena so bili odprti in spoštljivi pogovori, ki so omogočili sprostitev napetosti in vzpostavitev zaupanja, kar je pripomoglo k pozitivnemu vzdušju. Tudi v raziskavi Doody s sodelavci (2024) so poročali o pozitivni izkušnji strokovnih nadzorov. Nadzor je prepoznan kot koristen za profesionalni razvoj, saj je omogočil deljenje izkušenj, izzivov in dobrih praks. Do podobnih ugotovitev so prišli v raziskavi Zonneveld s sodelavci (2024). Poudarili so, da je strokovni nadzor ključnega pomena za profesionalni razvoj medicinskih sester, saj jim omogoča prostor za refleksijo, ki je ključna za rast in izboljšanje kliničnih veščin. Vendar pa je treba izboljšati podporo, usposobljenost nadzornikov ter prilagoditi nadzor specifičnim potrebam medicinskih sester. Izkušnje s strokovnim nadzorom se lahko razlikujejo glede na okoljske in institucionalne dejavnike, kot so organizacijska kultura in podpora vodstva, kar vpliva na kakovost in učinkovitost nadzora v praksi. Vidik managementa se je v okviru strokovnih nadzorov v naši raziskavi izkazal kot mešanica občutkov: po eni strani kot dodatna obremenitev, po drugi pa kot priložnost za pridobivanje novih znanj in izboljšanje delovnih praks.

3.5.1 Omejitve raziskave

Naša raziskava je prva tovrstna raziskava v Sloveniji, ki raziskuje meje poklicnih kompetenc izvajalcev zdravstvene nege in poudarja potrebo po nadaljnji analizi te teme. Raziskava je bila presečna in kot takšna ne dovoljuje vzročnih sklepanj, temveč prikazuje realno stanje v izbranem časovnem okviru (od 2019. do 2021. leta). Uporaba obrazcev, ki vsebujejo trditve za ocenjevanje strokovne usposobljenosti in kakovosti prakse, lahko privede do pristranskih odgovorov, saj so udeleženci (tako nadzorovani kot člani komisije za nadzor) lahko nagnjeni k bolj pozitivnemu ocenjevanju svojih praks. Kvalitativni del raziskave, ki je temeljil na skupinskem intervjuju, je zajemal le omejeno število udeležencev, kar lahko vpliva na zaupanje ugotovitev, saj morda ne odraža celotne populacije, ki je vključena v strokovne nadzore s svetovanjem.

3.5.2 Prispevek za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Magistrsko delo poudarja pomembnost vseživljenjskega izobraževanja v zdravstveni negi in njegov pomen za kakovost zdravstvene nege. Pomembno je, da se na področju zdravstvene nege vključijo vsi akterji, vključno z delodajalci, ki nosijo odgovornost za zagotavljanje dostopa do izobraževanj in strokovnega razvoja svojih zaposlenih. Zdravstveni delodajalci bi morali preko kolektivnih pogodb zagotoviti finančne spodbude in možnosti za vseživljenjsko izobraževanje, saj je to ključno za ohranjanje visokih standardov zdravstvene nege in zagotavljanje kakovosti oskrbe. Izvajalci zdravstvene nege bi morali aktivno sodelovati pri stalnem strokovnem razvoju, saj je le s kompetentno prakso mogoče ohranjati visoke standarde zdravstvene nege. Naša raziskava poudarja, da vseživljenjsko izobraževanje pozitivno vpliva na klinično prakso, kar posledično vodi k večji varnosti pacientov in izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe na vseh ravneh. Tako lahko zdravstveni delavci, z ustrezno podporo in spodbudo delodajalcev, uspešno odgovarjajo na nove izzive in spremembe v zdravstveni negi ter še naprej zagotavljajo varno in kakovostno oskrbo. Poleg tega smo ugotovili, da kar tretjina izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, kar je pomemben dejavnik, ki vpliva na kakovost in varnost oskrbe ter predstavlja priložnost za nadaljnje aplikativne raziskave.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava potrjuje ključne povezave med izobrazbo, strokovno usposobljenostjo in vseživljenjskim izobraževanjem izvajalcev zdravstvene nege. Ugotovitve kažejo, da je vseživljenjsko izobraževanje pomemben dejavnik za strokovno rast in izboljšanje kakovosti oskrbe pacientov. Kljub pomembnosti formalnega izobraževanja se je pri nas izkazalo, da višja stopnja izobrazbe ne zagotavlja vedno boljše prakse na področju kakovosti in varnosti oskrbe. Pomembno vlogo pri izboljšanju strokovnih kompetenc imajo tudi strokovni nadzori, ki so v večini primerov zaznani kot pozitivna izkušnja, ki pripomore k izboljšanju poklicnih praks in kakovosti dela. Vseživljenjsko izobraževanje, podprto z ustreznim izobraževanjem in dostopom do virov, je ključnega pomena za ohranjanje visokih standardov v zdravstveni negi. Dolžnost zdravstvene politike je dosledna opredelitev vseživljenjskega izobraževanja za vse zdravstvene delavce in sodelavce, naloga managementa pa, da zakonski okvir spoštuje in spodbuja zdravstvene strokovnjake k stalnemu strokovnemu izpopolnjevanju, ker bodo le tako zagotovljeni pogoji za varno in kakovostno obravnavo pacientov na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

5 LITERATURA

Ahsani-Estahbanati, E., Sergeevich Gordeev, V. & Doshmangir, L., 2022. Interventions to reduce the incidence of medical error and its financial burden in health care systems: A systematic review of systematic reviews. *Frontiers in Medicine*, 9, 875426. 10.3389/fmed.2022.875426.

Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C.B., Moreno-Casbas, T., Ball, J.E., Ausserhofer, D. & Sermeus, W., 2017. Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), pp. 559-568. 10.1136/bmjqs-2016-005567.

American Nurses Association (ANA), 1988. *Peer Review Guidelines*. Kansas City: American Nurses Association.

American Nurses Association (ANA), 2015. *Nursing. Scope and Standards of Practice*. 3rd ed. Maryland: American Nurses Association.

Amiri, A., 2021. Nursing Graduates and Quality of Acute Hospital Care in 33 OECD Countries: Evidence From Generalized Linear Models and Data Envelopment Analysis. *SAGE Open Nursing*, 7(2), pp. 3-7. 10.1177/23779608211005217.

Atashi, V., Najafabadi, M.M., Afshari, A. & Ghafari, S., 2023. Barriers to effective clinical supervision from the perspective of nurses: A descriptive qualitative study. *Nursing Open*, 11(1), pp. 20-28. 10.1002/nop2.2028.

Averlid, G., 2017. Norwegian Nurse Anesthetist Perceptions of Professional Development and the Influence of Production Pressure. *AANA Journal*, 85(5), pp. 345-351.

Ažman, M., 2017. 90 let organiziranega delovanja medicinskih sester na Slovenskem: iz preteklosti skozi sedanjost v prihodnost. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), pp. 184-189.

Ažman, M. & Prestor, J., 2021. *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege z razlago*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Banjac, M., 2020. *Uvod v kvalitativne metode zbiranja podatkov: opazovanje, intervju in fokusna skupina*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Berman, A., Snyder, S. & Frandsen, G., 2022. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. 11th ed. Boston: Pearson Education Limited.

Bhatarasakoon, P. & Chiaranai, C., 2024. Bridging the Gap from Theory to Practice: Teaching Evidence-based Nursing Strategies for Developing Critical Thinkers and Lifelong Learners. *International Journal of Nursing Research*, 28(3), pp. 469-478.

Brunt, C., 2022. Assessing the impact of enforcement and compliance with minimum staffing standards on the quality of care in nursing homes: Evidence from the Centers for Medicare and Medicaid Services' staff star rating downgrade policy. *Health economics*, 32(2), pp. 235-276. 10.1002/hec.4619.

Chiampou, E., Maz-Machado, A., Linde-Valenzuela, G. & Rodriguez-Baiget, M.J., 2024. The Continuing Training of Nurses and their Impact on their Organizational Commitment. *Revista de Gestao Social e Ambiental*, 18(7), pp. 26-43. 10.24857/rgsa.v18n7-041.

Chourasiya, R., 2019. Importance of Superiority in Health Care Sector. *International Journal of Scientific Reasearch in Mechanical and Materials Engineering*, 3(3), pp. 9-18. 10.4081/jphr.2020.1836.

Clark, E., Draper, J. & Taylor, R., 2018. Healthcare education research: The case for rethinking hierarchies of evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 74(11), pp. 2480-2483. 10.1111/jan.13697.

Cutcliffe, J.R., Sloan, G. & Bashaw, M., 2018. A systematic Review of Clinical Supervision Evaluation Studies in Nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), pp. 1-21. 10.1111/inm.12443.

Davis, L., Taylor, H. & Reyes, H., 2014. Life long learning in nursing. *Nurse Education Today*, 34(3), pp. 441-445. 10.1016/j.nedt.2013.04.014.

Direktiva Evropskega parlamenta in sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij, 2005. Uradni list Evropske unije št. 36/ES.

Doody, O., Markey, K., Turner, J., Donnell, C.O. & Murphy, L., 2024. Clinical supervisor's experiences of peer group clinical supervision during COVID-19: a mixed methods study. *BMC Nursing*, 23, p. 612. 10.1186/s12912-024-02283-3.

Duffy, J.R., 2018. *Quality caring in nursing and health systems: implications for clinicians, educators, and leaders*. New York: Springer Publishing Company.

Duan, X. & Shi, Y., 2014. Current status of quality evaluation of nursing care through director review and reflection from the Nursing Quality Control Centers. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 7(10), pp. 3737-3745.

Erjavec, K., 2016. Vloga menedžmenta v zdravstveni negi v Sloveniji. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 8(1), pp. 33-46.

European Federation of Nurses, 2023. *EFN Policy Statement on Lifelong Learning and Continuous Professional Development*. [pdf] European Federation of Nurses. Available at: <https://efn.eu/wp-content/uploads/2023/10/EFN-Policy-Statement-on-LLL-CPD-Oct.-2023.pdf> [Accessed 20 August 2022].

Fathizadeh, H., Mousavi, S.S., Gharibi, Z., Rezaeipour, H. & Biojmajd, A.R., 2024. Prevalence of medication errors and its related factors in Iranian nurses: an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 23(1), pp. 175-189. 10.1186/s12912-024-01836-w.

Gemmete, J.J., 2024. Learning from medical errors. *CVIR Endovascular*, 7(1), p. 8-14. 10.1186/s42155-023-00406-6.

George, D. & Mallery, P., 2018. *IBM SPSS Statistics 25. Step by Step*. 15th ed. New York: Taylor & Francis.

George, V. & Haag-Heitman, B., 2015. Peer review in nursing: essential components of a model supporting safety and quality. *Journal of Nursing Administration*, 45(7), pp. 398-403. 10.1097/NNA.0000000000000221.

Haag-Heitman, B. & George, V., 2011. Nursing peer review: the manager's role. *Journal of Nursing Management*, 19(7), pp. 254-259. 10.1111/j.1365-2834.2011.01225.x.

Hakvoort, L., Dikken, J., Cramer-Kruit, J., Molendijk-van Nieuwenhuyzen, K., van der Schaaf, M. & Schuurmans, M., 2022. Factors that influence continuing professional development over a nursing career: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 65, 103481. 10.1016/j.nepr.2022.103481.

Harnois-Church, P.A., Harsley, L., Wilhoit, K.W. & Wei, H., 2024. Addressing the Nursing Shortage. The Voices of Nurses. *Nurse Leader*, 22(3), pp. 317-321. 10.1016/j.mnl.2023.11.013.

Harolds, J.A., 2015. Quality and Safety in Health Care, Part III: To Err is Human. *Clinical Nuclear Medicine*, 40(10), pp. 793-795.

Hickey, J.V. & Giardino, E.R., 2022. *Evaluation of Quality in Health Care*. New York: Springer Publishing Company.

Hudays, A., Gary, F., Voss, J.G., Hazazi, A., Arishi, A. & Al-Sakran, F., 2023. Job Satisfaction of Nurses in the Context of Clinical Supervision: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(1), p. 6. 10.3390/ijerph21010006.

Institute of Medicine, 1990. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington DC: National Academy Press.

Jantzen, D., 2019. Refining nursing practice through workplace learning: A grounded theory. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), pp. 2565-25676. 10.1111/jocn.14841.

Jelenc, Z., 2016. *Vseživljenjskost učenja in izobraževanja odraslih*. Nova Gorica: Educa.

Jho, M.Y., 2014. Effects of core fundamental nursing skills education on self-efficacy, clinical competence and practice satisfaction in nursing students. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 21(3), pp. 292-301.

Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, 2024. Uradni list Republike Slovenije št. 98.

Kramar, Z. 2022. *Kakovost in varnost v zdravstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kramar, Z., Ažman, M. & Vojnovič, A., 2018a. Strokovni nadzori s svetovanjem kot del javnega pooblastila Zbornice – Zveze v procesu zagotavljanja kakovosti in varnosti zdravstvene in babiške nege. *27. letna konferenca Slovenskega združenja za kakovost in odličnost. Portorož, november 2018*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, pp. 208-214.

Kramar, Z., Vojnovič, A. & Ažman, M., 2018b. Regulacija kot pomemben del profesionalizacije poklica medicinske sestre in babice. *11. posvet Moja kariera QUO*

VADIS: Zdravstvena stroka na poti profesionalizacije. Jesenice, november 2018. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 13-15.

Krespani, M., Tsaloglidou, A., Koukourikos, K., Ouzounakis, P., Iliadis, C., Krepia, V., Kaptanoglu, A.Y. & Kourkouta, L., 2021. Educational Needs and Motivations for Lifelong Learning of Nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 14(3), pp. 1686-1696.

Lasater, K.B., Sloane, D.M., McHugh, M.D., Porat-Dahlerbruch, J. & Aiken, L.H., 2021. Changes in proportion of bachelor's nurses associated with improvements in patient outcomes. *Research in Nursing & Health*, 44(5), pp. 787-795. 10.1002/nur.22163.

Laurant, M., Van Der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & Van Vught, A., 2018. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7).

Laznik, G., 2018. Lastnosti dobrega vodje in stili vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 5(1), pp. 78-99.

Lee, J.E. & Sim, O.I., 2020. Gap between college education and clinical practice: Experience of newly graduated nurses. *Nursing Open*, 7(1), pp. 449-456. 10.1002/nop2.409.

Lessi, L., De Barbieri, I. & Danielis, M., 2024. Addressing Nursing Resignation: Insights From Qualitative Studies on Nurses Leaving Healthcare Organisations and the Profession. *Journal of advanced nursing*, 16(5), pp. 1-16. 10.1111/jan.16546.

Luksemburška deklaracija, 2005. *Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika*. [pdf] European Commission. Available at: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf [Accessed 20 July 2022].

Maz-Machado, A., Dalagkozi, P., Valenzuela, G.L. & Caicedo-Quiroz, R., 2024. Nurses' Satisfaction with Lifelong Learning Educational Programs and How They Apply New Knowledge in their Daily Nursing Practice. *Revista De Gestão Social E Ambiental*, 18(8), e06544. 10.24857/rgsa.v18n8-111.

McLaney, E., Morassaei, S., Hughes, L., Davies, R., Campbell, M. & Di Prospero, L., 2022. A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthcare Management*, 35(2), pp. 112-117. 10.1177/08404704211063584.

Ministrstvo za zdravje, n.d.a. *Kakovost zdravstvenega varstva*. [online] Available at: <https://www.gov.si teme/kakovost-zdravstvenega-varstva>. [Accessed 20 July 2022].

Ministrstvo za zdravje, n.d.b. *Kakovost in varnost v zdravstvu*. [online] Available at: <https://www.gov.si/drzavni-organi/ministrstva/ministrstvo-za-zdravje/> [Accessed 16 July 2022].

Missen, K., McKenna, L., Beauchamp, A. & Larkins, J.A., 2016. Qualified nurses' rate new nursing graduates as lacking skills in key clinical areas. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), pp. 2134-2143. 10.1111/jocn.13316.

Mlambo, M., Silén, C. & McGrath, C., 2021. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(9), pp. 62-84. 10.1186/s12912-021-00579-2.

Mohamed, F.R. & Ahmed, H.M., 2019. Clinical supervision factors as perceived by the nursing staff. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(6), p. 67.

Molewijk, B., Hem, M.H. & Pedersen, R., 2015. Dealing with ethical challenges: a focus group study with professionals in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 16(2), p. 4. 10.1186/1472-6939-16-4.

Mosadeghrad, A.M., Isfahani, P. & Yousefinezhadi, T., 2020. Medical errors in Iranian hospitals: systematic review. *Tehran University Medical Journal*, 78(4), pp. 239-247.

Murphy, J., Lung, C., Boerger, J. & Powers, J., 2018. Comprehensive nursing peer review. *Nursing Management*, 49(8), pp. 49-33. 10.1097/01.NUMA.0000542301.90248.30.

Ogbeide, S.A., Bauman, D. & Beachy, B., 2022. Clinical supervision within the primary care behavioral health model: What we know and where we need to go. *Psychological Services*, 20(2), pp. 335-342. 10.1037/ser0000684.

O'Hara, J.K. & Canfield, C., 2024. The future of engaging patients and families for patient safety. *The Lancet*, 403(10429), pp. 791-793. 10.1016/S0140-6736(23)01908-6.

Orozco, V.D., Perez, J.A., Vazquez, C., Dorantes, E.E., Sanabria Guerrero, M.A. & Ruiz Gomez, E., 2018. Nursing supervision: key to elevating the quality and safety of care. *Nursing & Care Open Access Journal*, 5(5), pp. 290-295. 10.15406/ncoaj.2018.05.00163.

Perreira, T.A., Innis, J. & Berta, W., 2016. Work motivation in health care: a scoping literature review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 14(4), str. 175-182. 10.1097/XEB.0000000000000093.

Poldrugovac, M. & Simčič, B., 2010. *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ministrstvo za zdravje: Ljubljana.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Pool, I.A., Poell, R.F., Berings, M.G. & Ten Cate, O., 2015. Strategies for continuing professional development among younger, middle-aged, and older nurses: A biographical approach. *International Journal of Nursing Studies*, 52(5), pp. 939-950. 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.004.

Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, 2017. Uradni list Republike Slovenije št. 64.

Pravilnik o prenehanju veljavnosti Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2016. Uradni list Republike Slovenije št. 3.

Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2020. Uradni list Republike Slovenije št. 152.

Pravilnik o spremembi Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2021. Uradni list Republike Slovenije št. 195.

Pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 92.

Qalehsari, M.Q., Khaghanizadeh, M. & Ebadi, A., 2017. Lifelong learning strategies in nursing: A systematic review. *Electron Physician*, 9(10), pp. 5541-5550. 10.19082/5541.

Robida, A., 2002. Upravljanje celovite kakovosti v zdravstvenem varstvu. In P. Kersnik & B. Filej, eds. *Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, pp. 10-19.

Robida, A., 2004. Opozorilni nevarni dogodki. *Zdravniški vestnik*, 73(9), pp. 681-687.

Robida A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljšanje kakovosti in presoje lastne prakse*. Ljubljana, Slovenija: GV Planet, pp. 24-51.

Robida, A., Grabar, D. & Simčič, B., 2020. *Osnove kakovosti in varnosti v zdravstvu*. Ministrstvo za zdravje: Ljubljana.

Roth, C., Wensing, M., Breckner, A., Mahler, C., Krug, K. & Berger, S., 2022. Keeping nurses in nursing: a qualitative study of German nurses' perceptions of push and pull

factors to leave or stay in the profession. *BMC Nursing*, 21(48), pp. 22-26. 10.1186/s12912-022-00822-4.

Salar, A., Kiani, F. & Razaee, N., 2020. Preventing the medication errors in hospitals: A qualitative study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, pp. 100-135. 10.1016/j.ijans.2020.100235.

Scammell, J., Apostolo, J., Bianchi, M., Costa, R., Jack, K., Luiking, M. & Nilsson, S., 2020. Learning to lead: A scoping review of undergraduate nurse education. *Journal of nursing management*, 28(3), pp. 756-765. 10.1111/jonm.12951.

Sermeus, W., 2015. Nurses' impact on quality of care: lessons from RN4CAST. Vpliv zdravstvene nege na kakovost zdravstvene obravnave: priporočila za ravnanje na osnovi raziskave RN4CAST. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 260-269.

Sherwood, G. & Barnsteiner, J., 2021. *Quality and Safety in Nursing: A Competency Approach to Improving Outcomes*. New York: Wiley-Blackwell.

Sibandze, B. & Scafide, K., 2018. Among nurses, how does education level impact professional values? A systematic review. *International Nursing Review*, 65(1), pp. 65-77. 10.1111/inr.12390.

Skela Savič, B., 2017a. Profesionalizacija zdravstvene nege v Sloveniji: izzivi in odgovornosti za visokošolsko izobražene medicinske sestre in zdravstvenike. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 51(4), pp. 264-273. 10.14528/snr.2017.51.4.202.

Skela Savič, B., 2017b. Development of nursing professionalization elements in Slovenia: the group interview technique. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 274-297. 10.14528/snr.2017.51.4.199.

Skorobogatova, N., Žemaitienė, N., Šmigelskas, K., Tamelienė, R., Markūnienė, E. & Stonienė, D., 2018. Limits of Professional Competency in Nurses Working in NICU. *Open Medicine (Warsaw, Poland)*, 13(4), pp. 410-415. 10.1515/med-2018-0060.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2024. *Glavne medicinske sestre v domovih za starejše opozarjajo na nevzdržne kadrovske razmere*. [online] Available at: <https://www.ssz-slo.si/glavne-medicinske-sestre-v-domovih-za-starejse-opozarjajo-na-nevzdrzne-kadrovske-razmere/> [Accessed 28 December 2024].

Snowdon, D.A., Sargent, M., Williams, C.M., Maloney, S., Caspers, K. & Taylor, N.F., 2020. Effective clinical supervision of allied health professionals: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 20(1), pp. 1-11. 10.1186/s12913-019-4873-8.

Spiers, G., Matthews, F., Moffatt, S., Barker, R., Jarvis, H., Stow, D., Kingston, A. & Hanratty, B., 2018. Impact of social care supply on healthcare utilisation by older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 48(1), pp. 57-66.

Stavropoulou, A., Rovithis, M., Kelesi, M., Vasilopoulos, G., Sigala, E., Papageorgiou, D., Moudatsou, M. & Koukouli, S., 2022. What Quality of Care Means? Exploring Clinical Nurses' Perceptions on the Concept of Quality Care: A Qualitative Study. *Clinics and Practice*, 12(4), pp. 468-481. 10.3390/clinpract12040051.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), 2020a. *Quality health services*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services> [Accessed 22 October 2022].

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), 2020b. *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems*. [pdf] Svetovna zdravstvena organizacija. Available: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338-eng.pdf> [Accessed 22 October 2022].

Toothaker, R., Rommelfaenger, M.A., Flexner, R.S. & Hromadik, L.K., 2022. The Challenges of Transition to Practice Expressed Through the Lived Experience of New-to-Practice Nurses. *Patient Safety Journal*, 4(4), pp. 11-17. 10.33940/culture/2022.12.1.

Ustavni zakon o spremembah, 1997. Uradni list Republike Slovenije št. 42.

Ustavni zakon o spremembah I. poglavja ter 47. in 68. člena ustave Republike Slovenije, 2003. Uradni list Republike Slovenije št. 24.

Ustavni zakon o spremembah 121., 140. in 143. člena Ustave Republike Slovenije, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 68.

Ustavni zakon o spremembah 148. člena Ustave Republike Slovenije, 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 47.

Van Horn, E. & Lewallen, L., 2023. Clinical Evaluation of Competence in Nursing Education: What Do We Know?. *Nursing Education Perspectives*, pp. 44(6), 335-340. 10.1097/01.NEP.0000000000001156.

Vojnovič, A. & Klemenc, D., 2013. Regulacija poklicev v zdravstveni in babiški negi: varnost za paciente in izvajalce = Regulation of the nursing and midwifery professions: safety for patients and healthcare providers. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(4), pp. 296-299.

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), pp. 2191-2194. 10.1001/jama.2013.28105.

Zakon o pacientovih pravicah (ZpacP), 2022. Uradni list Republike Slovenije št. 100.

Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o pacientovih pravicah (ZpacP-A), 2017. Uradni list Republike Slovenije št. 55.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 23.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2023. *Poročilo o delu Zbornice – Zveze 2023 in načrt dela, 2024. Gradivo za 37. Skupščino Zbornice – Zveze* 26. 3. 2024. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Zhang, J., Shields, L., Ma, B., Yuhuan, Y., Jiancheng, W., Zhang, R. & Xueke, H., 2022. The clinical learning environment, supervision and future intention to work as a nurse in nursing students: a cross-sectional and descriptive study. *BMC Medical Education*, 22(5), 548. 10.1186/s12909-022-03609-y.

Zonneveld, D., Conroy, T. & Lines, L., 2024. Clinical supervision experience of nurses in or transitioning to advanced practice: A systematic review. *JAN Leading Global Nursing Research*, 80(9), pp. 3445-3882. 10.1111/jan.16126.

6.1 PRILOGA 1: INSTRUMENT

Zaporedna številka izvajalca:

Ime in priimek izvajalca	
Poklicna kvalifikacija/poklic	
Delovno mesto	
Številka vpisa v register izvajalcev ZBN	
Številka licence za poklic za obdobje od do	

Ocena strokovne usposobljenosti izvajalca ZBN za delovno mesto

Poklicne aktivnosti	Zelo dobra praksa	Dobra praksa	Ustrezna praksa	Pomanjkljiva praksa	Neustrezn a praksa
Ocena	5	4	3	2	1
Izvajalec ima strokovno izobrazbo glede na potrebe zavoda	☐	☐	☐	☐	☐
Izvajalec ima ustrezno poklicno kvalifikacijo	☐	☐	☐	☐	☐
Pozna svoje pristojnosti in odgovornosti	☐	☐	☐	☐	☐
Presega kompetenc/delokrog	☐ ne presega				☐ presega
Doseženo število točk					
Skupaj dosežene točke					
Delež (možno število točk 20)					

Ugotovitve:
Priporočilo št.: /
Rok: /

2. STALNO SLEDENJE RAZVOJU STROKE

Udeležba izvajalca ZBN na internih in eksternih izobraževanjih

Poklicne aktivnosti	Zelo dobra praksa	Dobra praksa	Ustrezna praksa	Pomanjkljiva praksa	Neustrezn a praksa
Ocena	5	4	3	2	1
Se udeležuje eksternih izobraževanj	☐	☐	☐	☐	☐
Je odziven in se udeležuje izobraževanj znotraj zavoda (evidenca prisotnosti)	☐	☐	☐	☐	☐
Je samoiniciativen pri pridobivanju znanj in spremljanju razvoja stroke (ima dostop do strokovnih spletnih strani in strokovne literature ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Doseženo število točk					
Skupaj dosežene točke					
Delež (možno število točk 15)					

Ugotovitve:

Priporočilo št.: /

Rok:

3. ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI

Poklicne aktivnosti	Zelo dobra praksa	Dobra praksa	Ustrezna praksa	Pomanjkljiva praksa	Neustrezna praksa
ocena	5	4	3	2	1
Poznavanje in upoštevanje izhodišč kakovosti in varnosti v zdravstvu (opredelitev temeljnih pojmov, načela kakovosti, zagotavljanje in izboljševanje kakovosti in varnosti – poznavanje ciklusa nenehnih izboljšav PDCA)	☐	☐	☐	☐	☐
Poznavanje kazalnikov kakovosti in ocene tveganja (če zavod ne razpolaga z njimi, izvajalke ne ocenimo)	☐	☐	☐	☐	☐
Je seznanjen in spremlja ukrepe po različnih nadzorih (preventivni, korektivni, korekcijski)	☐	☐	☐	☐	☐
Pri svojem delu prepozna odklone in jih sporoča	☐	☐	☐	☐	☐
Pozna oz. sodeluje pri pogovorih o varnosti in varnostnih vizitah	☐	☐	☐	☐	☐
Je seznanjen z zadovoljstvom uporabnikov/pohvalami in pritožbami	☐	☐	☐	☐	☐
Je seznanjen z vsebino strokovnih sestankov – notranje komuniciranje	☐	☐	☐	☐	☐
Doseženo število točk					
Skupaj dosežene točke					
Delež (možno število točk 40)					

Ugotovitve:

Priporočilo št.: /

Rok:

4. UPOŠTEVANJE DOKTRIN, STANDARDOV, PROTOKOLOV IN OPAZOVANJE ALI USTNO PREVERJANJE ZNANJA AKTIVNOSTI V ZBN

Poklicne aktivnosti	Zelo dobra praksa	Dobra praksa	Ustrezna praksa	Pomanjkljiva praksa	Neustrezna praksa
ocena	5	4	3	2	1
Pozna protokole, strokovne standarde, navodila za delo, pozna zadnje verzije in ve, kje v zavodu ali drugje jih dobi ...	☐	☐	☐	☐	☐
Pri svojem delu upošteva protokole, strokovne standarde, navodila za delo ...	☐	☐	☐	☐	☐
Pozna protokol za uporabo posebnega varovalnega ukrepa	☐	☐	☐	☐	☐
Vodenje evidenc (zdravila, pregled reanimacijskega vozička ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Doseženo število točk					
Skupaj dosežene točke					
Delež (možno število točk 20)					

Ugotovitve:

Priporočilo št.:

Rok:

4.1 Neposredna uporaba in praktično preverjanje izvedbe standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v ZBN

Poklicne aktivnosti	Zelo dobra praksa	Dobra praksa	Ustrezna praksa	Pomanjkljiva praksa	Neustrezna praksa
Ocena	5	4	3	2	1
Predaja pacientov/uporabnikov	☐	☐	☐	☐	☐
Področje terapije	☐	☐	☐	☐	☐
Dokumentiranje v ZBN	☐	☐	☐	☐	☐
Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom	☐	☐	☐	☐	☐
Skrb za delovno okolje	☐	☐	☐	☐	☐
Preverjanje aktivnosti glede na izbrani protokol, strokovni standard, navodilo za delo	☐	☐	☐	☐	☐
Preverjanje aktivnosti glede na izbrani protokol, strokovni standard, navodilo za delo	☐	☐	☐	☐	☐
Doseženo število točk					
Skupaj dosežene točke					
Delež (možno število točk 35)					

Ugotovitve:

Priporočilo št.: /

Rok: /

5. POZNAVANJE ETIČNIH NAČEL IN PRITOŽBENIH POTI

Poklicne aktivnosti	Zelo dobra praksa	Dobra praksa	Ustrezna praksa	Pomanjkljiva praksa	Neustrezna praksa
ocena	5	4	3	2	1
Izvajalec pozna kodeks etike in etična načela ter jih pri svojem delu upošteva	☐	☐	☐	☐	☐
Izvajalec pozna pravice in dolžnosti pacientov	☐	☐	☐	☐	☐
Izvajalec pozna pritožbene poti	☐	☐	☐	☐	☐
Pri svojem delu skrbi za varovanje pacientovih podatkov in njegove integritete (zasebnost)	☐	☐	☐	☐	☐
Doseženo število točk					
Skupaj dosežene točke					
Delež (možno število točk 20)					

Ugotovitve:

Priporočilo št. x:

Rok:

6. SKUPNA OCENA STROKOVNEGA NADZORA S SVETOVANJEM POSAMEZNEGA IZVAJALCA – POVZETEK

	Poklicne aktivnosti	Število točk	Delež
1.	Strokovna usposobljenost izvajalca/ke ZBN		
2.	Stalno sledenje razvoju stroke		
3.	Zagotavljanje kakovosti in varnosti		
4.	Upoštevanje doktrin, standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v ZBN		
4.1	Neposredna uporaba in praktično preverjanje izvedbe standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v ZBN		
5	Poznavanje etičnih načel in pritožbenih poti		

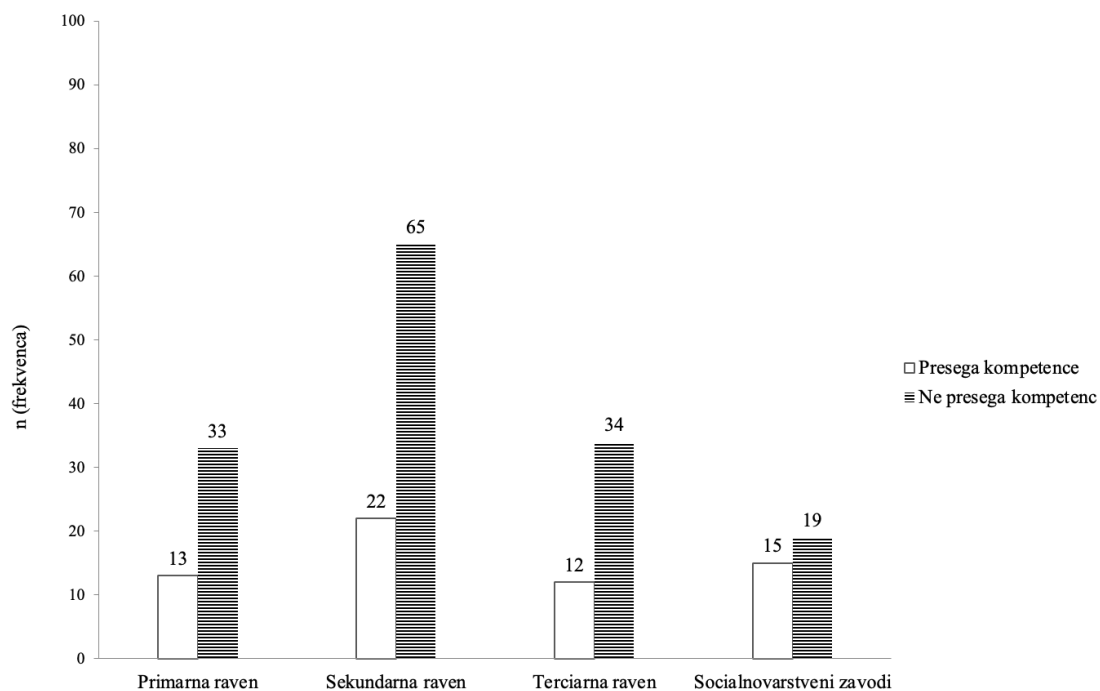
7. UGOTOVITEV STROKOVNEGA NADZORA S SVETOVANJEM PRI IZVAJALCU/KI ZBN

--

Deleži	
90 % – 100 %	Zelo dobra praksa
80 % – 89 %	Dobra praksa
65 % – 79 %	Ustrezna praksa
50 % – 64 %	Pomanjkljiva praksa
< 49 %	Neustrezna praksa

6.2 PRILOGA 2: REZULTATI

V prilogi smo prikazali strokovno usposobljenost izvajalca zdravstvene nege za delovno mesto, ki ga zaseda. Rezultate smo najprej prikazali glede na raven zdravstvenega varstva (slika 1).



Ordinatna os predstavlja število izvajalcev zdravstvene nege.

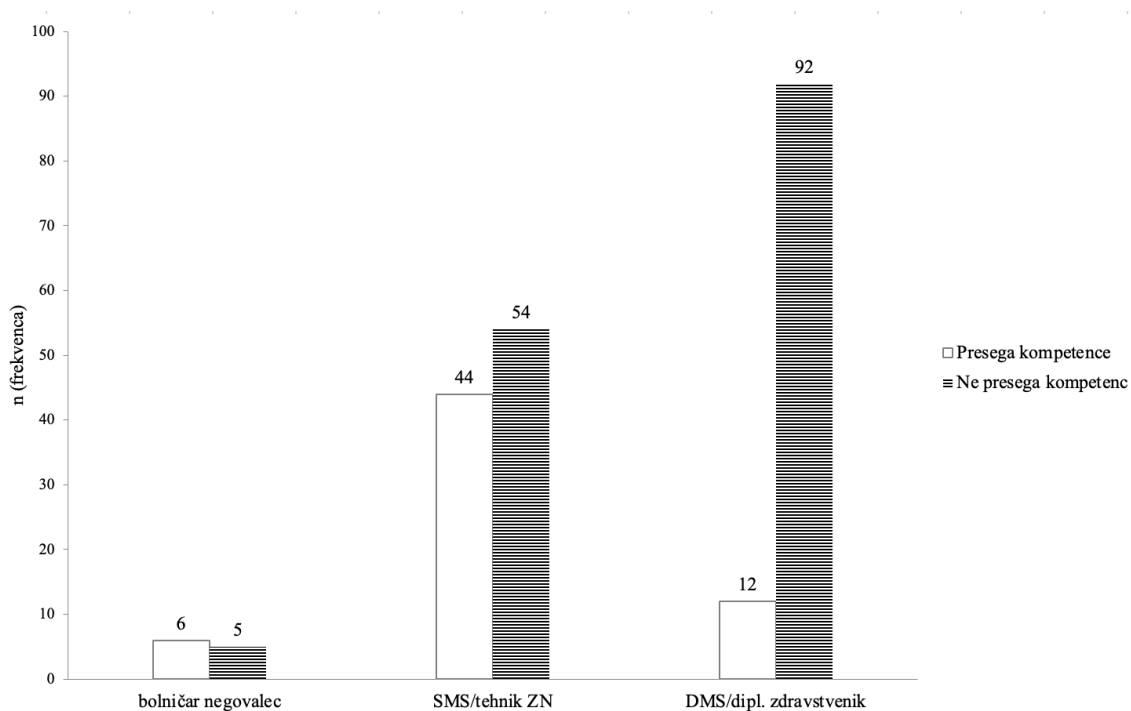
Slika 1: Preseganje kompetenc delokroga izvajalcev zdravstvene nege glede na raven zdravstvenega varstva

Iz slike 1 je razvidno, da večji delež izvajalcev zdravstvene nege ne glede na raven zdravstvenega varstva ne presega kompetenc delokroga. Na primarni ravni 13 izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, medtem ko jih 33 ne presega kompetenc. Na sekundarni ravni 22 izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, medtem ko jih 65 ne presega kompetenc. Na terciarni ravni 12 izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, medtem ko jih 34 ne presega kompetenc in v socialnovarstvenih zavodih 15 izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, medtem ko jih 19 ne presega kompetenc.

Do največ odstopanj prihaja pri socialnovarstvenih zavodih, saj je pri njih 15 od 34 (44,1 %) izvajalcev presegalo kompetence delokroga. Sledijo izvajalci zdravstvene nege na primarni ravni, kjer 13 od skupno 46 izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, kar predstavlja 28,4 %, in terciarni ravni (12 od 46 izvajalcev zdravstvene nege, kar je 26,2 %). V najmanjšem deležu presegajo kompetence delokroga na

sekundarni ravni (22 od skupno 87 izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, kar je 25,3 %).

V nadaljevanju smo prikazali strokovno usposobljenost izvajalca zdravstvene nege za delovno mesto glede na njegovo izobrazbo (slika 2).



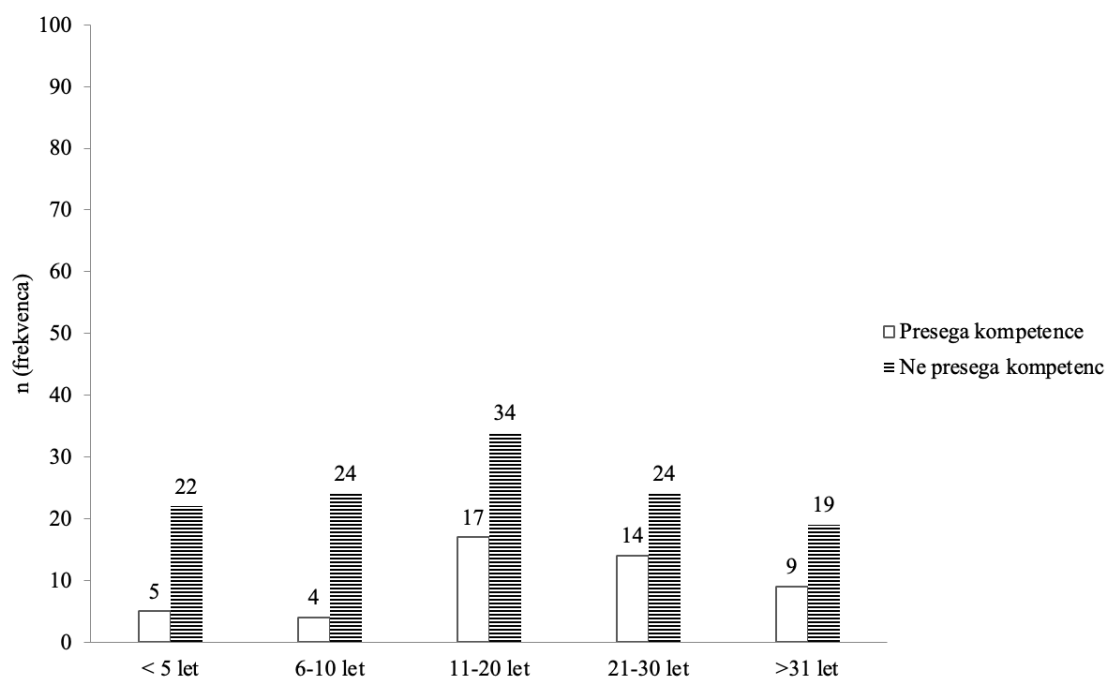
Ordinatsna os predstavlja število izvajalcev zdravstvene nege.

Slika 2: Preseganje kompetenc delokroga izvajalcev zdravstvene nege glede na izobrazbo

Iz slike 2 je razvidno, da pri izobrazbi bolničar/negovalec 6 izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, medtem ko jih 5 ne presega kompetenc. Pri srednjih medicinskih sestrah in tehnikih zdravstvene nege 44 izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, medtem ko jih 54 ne presega kompetenc. Pri diplomiranih medicinskih sestrah in diplomiranih zdravstvenikih pa jih 12 presega kompetence delokroga, medtem ko jih 92 ne presega kompetenc. Glede na izobrazbo izvajalcev zdravstvene nege smo ugotovili največ odstopanj pri bolničarjih/negovalcih (kjer jih 6 od 11 oz. 54,5 % presega kompetence delokroga). Sledijo srednje medicinske sestre in

tehniki zdravstvene nege, kjer jih 44 od 98 (44,9 %) presega kompetence delokroga. Najmanjši delež preseganja kompetenc delokroga (12 od 104 oz. 11,6 %) smo ugotovili pri diplomiranih medicinskih sestrah in diplomiranih zdravstvenikih.

Strokovna usposobljenost izvajalca zdravstvene nege za delovno mesto, ki ga zaseda, prikazano glede na delovno dobo, smo prikazali v sliki 3 v nadaljevanju.



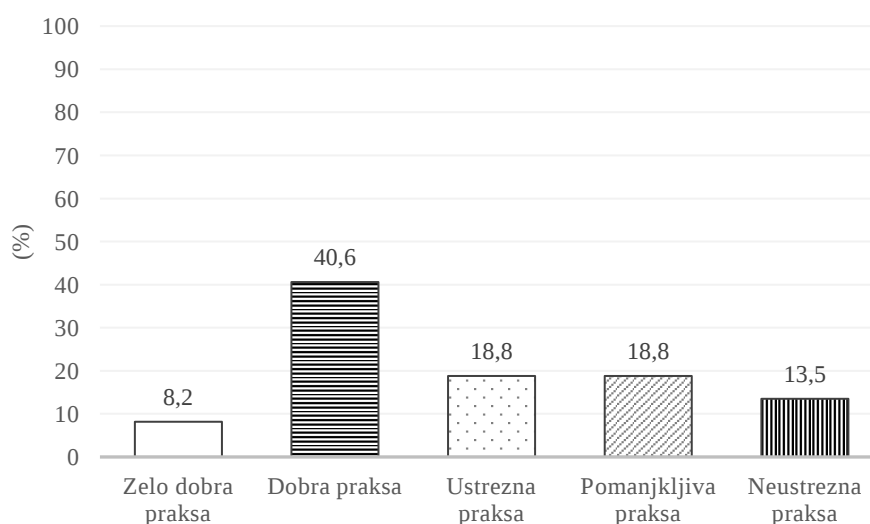
Ordinatsna os predstavlja število izvajalcev zdravstvene nege.

Slika 3: Preseganje kompetenc delokroga izvajalcev zdravstvene nege glede na delovno dobo izvajalca zdravstvene nege

Največ izvajalcev zdravstvene nege ($n = 17$) z delovno dobo 11 do 20 let presega kompetence delokroga, medtem ko jih 34 z enako delovno dobo ne presega kompetenc. Sledijo izvajalci zdravstvene nege z delovno dobo 21 do 30 let. V omenjeni skupini 14 izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, medtem ko jih 24 ne presega. Pri najkrajši delovni dobi (do 5 let) 5 izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delokroga, medtem ko 22 izvajalcev zdravstvene nege ne presega kompetenc (slika 3).

Glede na delovno dobo izvajalcev zdravstvene nege smo ugotovili, da največ izvajalcev zdravstvene nege presega kompetence delovnega mesta z delovno dobo 21–30 let, saj 14 od skupno 38 izvajalcev zdravstvene nege (36,8 %) presega kompetence delokroga. Sledijo izvajalci zdravstvene nege, ki so zaposleni 11 do 20 let (kjer jih 17 od 51 oz. 33,3 % presega kompetence delokroga) in tisti, ki so zaposleni več kot 31 let (kjer jih 9 od 28 presega kompetence delokroga, kar je 32,1 %). V najmanjšem deležu presegajo kompetence delokroga izvajalci zdravstvene nege, ki so zaposleni 6 do 10 let (4 od 28 oz. 14,3 %).

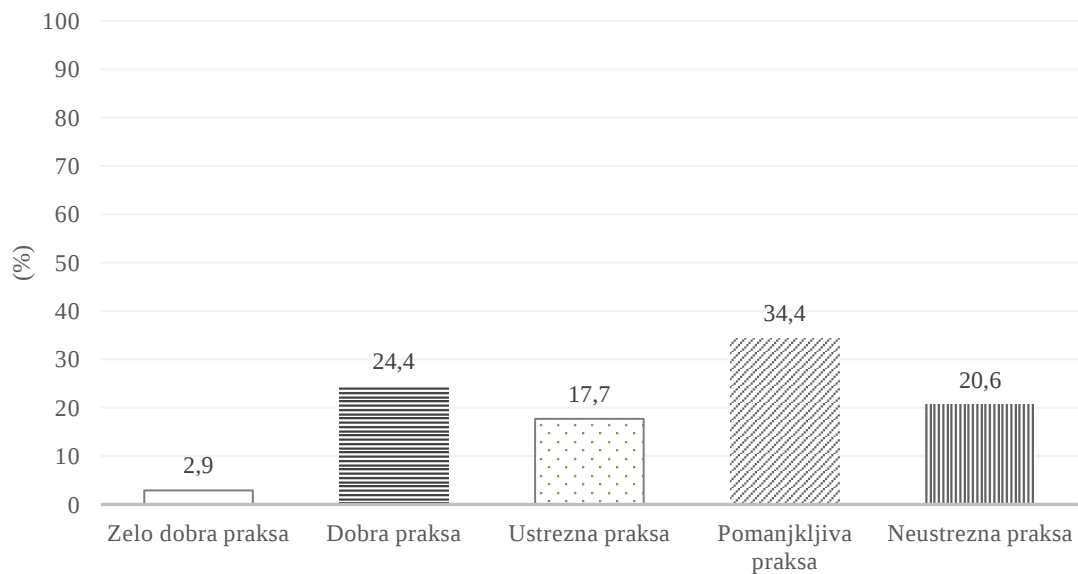
V nadaljevanju smo preverili, kakšno prakso imajo izvajalci zdravstvene nege, ki se udeležujejo eksternih izobraževanj.



Slika 4: Udeležba izvajalcev zdravstvene nege na eksternih izobraževanjih

Iz slike 4 je razvidno, da se 8,2 % izvajalcev zdravstvene nege, ki izkazujejo zelo dobro prakso, udeležuje eksternih izobraževanj. Največji delež izvajalcev zdravstvene nege (40,6 %), ki se udeležuje eksternih izobraževanj, izvaja dobro prakso. V enakem deležu (18,8 %) se eksternih izobraževanj udeležujejo izvajalci zdravstvene nege z ustrezno in pomanjkljivo prakso. Kar 13,5 % izvajalcev zdravstvene nege, ki se udeležujejo eksternih izobraževanj, izvaja neustrezno prakso.

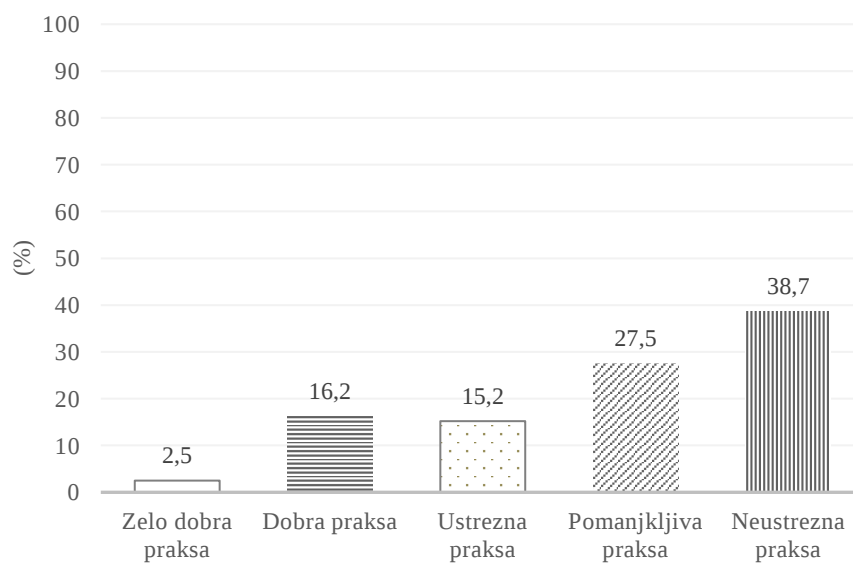
V nadaljevanju smo preverili, kakšno prakso imajo izvajalci zdravstvene nege, ki se udeležujejo internih izobraževanj.



Slika 5: Udeležba izvajalcev zdravstvene nege na internih izobraževanjih

Največji delež (34,4 %) izvajalcev zdravstvene nege, ki se udeležuje internih izobraževanj, ima pomanjkljivo prakso, sledijo izvajalci z dobro prakso (24,4 %), neustrezno prakso (20,6 %) in ustrezno prakso (17,7 %). Najmanjši delež izvajalcev zdravstvene nege, ki se udeležuje internih izobraževanj, ima zelo dobro prakso (slika 5).

V nadaljevanju smo preverili, kakšno prakso imajo izvajalci zdravstvene nege, ki se samoiniciativno udeležujejo izobraževanj.



Slika 6: Samoiniciativnost izvajalcev zdravstvene nege pri pridobivanju znanja

Iz slike 6 je razvidno, da so v največjem deležu (38,7 %) izvajalci zdravstvene nege, ki imajo neustrezno prakso, samoiniciativni pri pridobivanju znanja na različnih izobraževanjih. V nekoliko manjšem deležu (27,5 %) sledijo izvajalci zdravstvene nege s pomanjkljivo prakso. V podobnem deležu so samoiniciativni pri pridobivanju znanja izvajalci zdravstvene nege, ki imajo dobro prakso (16,2 %) in ustrezno prakso (15,2 %). V najnižjem deležu (2,5 %) so samoiniciativni izvajalci zdravstvene nege, ki imajo zelo dobro prakso.

VLOGA – DOVOLJENJE ZA UPORABO PODATKOV

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Upravni odbor

Zadeva: Zaposilo za dostop in uporabo podatkov iz Registra izvajalcev zdravstvene in
babiške nege Slovenije in Registra strokovnih nadzorov s svetovanjem Zbornice – Zveze

Spoštovani,

sem Monika Ažman, zaposlena na mestu predsednice Zbornice – Zveze. Člane
Upravnega odbora Zbornice – Zveze prosim za dostop in uporabo podatkov iz Registra
izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije in Registra strokovnih nadzorov s
svetovanjem Zbornice – Zveze, ki bi jih želela uporabiti ob zaključku študija II. stopnje
na Fakulteti Angele Boškin na Jesenicah, smer zdravstvena nega.

V sklopu magistrskega dela bom opravila raziskavo z naslovom »Pomen in vpliv
individualnih strokovnih nadzorov s svetovanjem na zagotavljanje kakovosti in varnosti
zdravstvene nege v slovenskem prostoru pod mentorstvom doc. dr. Branka Bregarja.
Podatki, ki jih želim uporabiti, so del podatkov iz registrov, s katerimi Zbornica – Zveza
razpolaga v okviru javnih pooblastil Zbornice – Zveze in so del javno dostopnih
podatkov. Vsi podatki bodo anonimizirani, obravnavani bodo zaupno in le v namen
raziskave. Verjamem, da bodo rezultati pozneje lahko uporabljeni za izboljšanje
postopkov izvajanja individualnih in sistemskih strokovnih nadzorov s svetovanjem pod
okriljem Zbornice – Zveze in pripravo vsebin vseživljenjskega učenja izvajalcev
zdravstvene in babiške nege v Sloveniji.

Zahvaljujem se vam za razumevanje in sodelovanje.

Monika Ažman