



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

Magistrsko delo
študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**NEIZVEDENA ZDRAVSTVENA NEGA V
DOMOVIH ZA STAREJŠE V DOLENJSKI
REGIJI – PRESEČNA RAZISKAVA**

**MISSED CARE IN NURSING HOMES IN THE
DOLENJSKA REGION OF SLOVENIA –
CROSS - SECTIONAL RESEARCH**

Mentorica: doc. dr. Saša Kadivec

Kandidatka: Jerneja Šterk

Ljubljana, julij, 2025

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici doc. dr. Saši Kadivec za strokovno vodenje, potrpežljivost in jasno ter premišljeno usmerjanje skozi vse faze raziskovalnega procesa. Njena podpora je bistveno prispevala k nastanku in kakovosti magistrskega dela.

Zahvaljujem se recenzentoma, doc. dr. Marti Kavšek in doc. dr. Branku Bregarju, za dragocene strokovne pripombe in predloge, ki so pomembno prispevali k vsebinski in metodološki nadgradnji magistrskega dela.

Zahvaljujem se lektorici, prof. univ. dipl. slov. Nataši Podhostnik, za natančno in strokovno opravljeno delo.

Posebna zahvala gre tudi Barbari za njeno razpoložljivost, pripravljenost pomagati ter spodbudne besede, ki so mi bile v oporo v ključnih trenutkih.

Iskrena hvala vsem, ki ste sodelovali z izpolnjevanjem ankete in tako prispevali k celovitosti magistrskega dela, kakor tudi vsem, ki ste omogočili izvedbo raziskave v praksi.

Najglobljo zahvalo namenjam možu Tomažu ter sinovoma Andražu in Niku, pa tudi širši družini, za razumevanje, potrpežljivost in neprecenljivo podporo v času nastajanja te magistrske naloge. Vaša prisotnost in opora sta mi pomenili neizmerno veliko.

Zahvaljujem se tudi vsem ostalim, ki ste me na kakršen koli način podprli – z vzpodbudno besedo, s strokovnim nasvetom ali zgolj s tem, da ste verjeli v smisel mojega dela. Vaš prispevek ni ostal neopažen.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Neizvedena zdravstvena nega je pomemben izziv sodobnega zdravstvenega sistema, saj neposredno vpliva na kakovost oskrbe, zadovoljstvo pacientov in delovne pogoje medicinskih sester.

Cilj: Cilj raziskave je ugotoviti vrste neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe, najpogostejše opuščene naloge ter vzroke, ki jih zaposleni v zdravstveni negi navajajo v domovih za starejše v dolnjski regiji.

Metoda: Izvedli smo presečno kvantitativno neeksperimentalno raziskavo s sistematičnim pregledom literature v teoretičnem delu. Potekala je štiri tedne (19. 10. 2024–17. 11. 2024) v domovih za starejše v dolnjski regiji, s predhodnim soglasjem zavodov. Vprašalnik je obsegal pet sklopov, vključno z merskima instrumentoma BERNCA-R in MISSCARE. Sodelovalo je 280 zaposlenih v zdravstveni negi, od katerih je 207 (73,9 %) izpolnilo vprašalnik. Med njimi je bilo 20 moških (9,7 %) in 187 žensk (90,3 %). Podatke smo analizirali z orodjem SPSS.

Rezultati: Zaposleni z daljšimi delovnimi izkušnjami redkeje opuščajo načrtovane aktivnosti zdravstvene nege ($r_s = -0,211$; $p = 0,006$). Manj neizvedenih aktivnosti poročajo tudi tisti, ki so zadovoljnejši z delovnim mestom ($W = -6,54$; $p < 0,001$). Statistično značilno manj opustitev navajajo zaposleni, ki ne načrtujejo odhoda, v primerjavi s tistimi, ki razmišljajo o odhodu v naslednjih 6 mesecih ($W = -3,937$) ali enem letu ($W = -4,879$).

Razprava: Rezultati raziskave so pokazali, da med najpogostejše neizvedene aktivnosti sodijo trening za kontinenco, neustrezno spremljanje zmedenih stanovalcev in neustrezna aktivacija ali rehabilitacijska oskrba. Zaposleni kot najpogostejše razloge za opustitev teh nalog navajajo večizmensko delo, kadrovsko problematiko in pomanjkanje izkušenj. Ti rezultati potrjujejo, da so vzroki za neizvedeno zdravstveno nego večplastni in sistemski, kar zahteva celostne rešitve za izboljšanje kakovosti oskrbe v domovih za starejše.

Ključne besede: izpuščena zdravstvena storitev, kakovost storitev, zdravstvena nega, institucionalno varstvo starejših, problemi v kadrovski strukturi

SUMMARY

Theoretical background: Missed nursing is a significant challenge in modern healthcare systems, as it directly affects the quality of care, patient satisfaction, and the working conditions of nurses.

Goals: The objective of this master's thesis was to identify the types of missed nursing care activities, the most frequently omitted tasks, and the reasons for missed care as reported by nursing staff in long-term care facilities for the elderly in the Dolenjska region of Slovenia.

Methods: A cross-sectional, quantitative, non-experimental study was conducted, with a systematic literature review included in the theoretical part. The research was conducted over four weeks (from 19 October to 17 November 2024) in nursing homes in the Dolenjska region, with prior institutional consent. The questionnaire consisted of five sections, including the BERNCA-R and MISSCARE measurement instruments. A total of 280 nursing staff were invited; 207 completed the questionnaire (response rate: 73.9%). Respondents included, 20 men (9.7%) and 187 women (90.3%). Data were collected via the 1KA online tool and analyzed using statistical software SPSS.

Results: Employees with longer work experience at their current workplace report fewer missed nursing care activities ($r_s = -0.211$; $p = 0.006$). Those more satisfied with their job report significantly fewer omissions ($W = -6.54$; $p < 0.001$). Statistically significantly lower levels of missed care were reported by employees who do not plan to leave their job, compared to those intending to leave within the next six months ($W = -3.937$) or within the next year ($W = -4.879$).

Discussion: The findings show that the most commonly missed nursing care activities include continence training, inadequate monitoring of confused residents, and insufficient activation or rehabilitative care. Staff most often cited shift work, staffing shortages, and lack of experience as the primary reasons for these omissions. Our results confirm that the causes of missed care are multifaceted and systemic, requiring comprehensive solutions to improve care quality in long-term care facilities.

Key words: missed health care, quality of services, nursing care, institutional elderly care, staffing challenges

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 DOMOVI ZA STAREJŠE	3
2.1.1 Kakovost oskrbe v domu starejših občanov	4
2.2 NEIZVEDENA ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA.....	7
2.2.1 Opredelitev neizvedene zdravstvene nege in oskrbe	9
2.2.2 Pomembnost problematike neizvedene zdravstvene nege in oskrbe.....	10
2.2.3 Vzroki in dejavniki za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	11
2.2.4 Posledice neizvedene zdravstvene nege in oskrbe	13
3 EMPIRIČNI DEL.....	15
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	15
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	16
3.3 METODE RAZISKOVANJA	17
3.3.1 Dizajn raziskave	17
3.3.2 Instrument raziskave.....	17
3.3.3 Udeleženci raziskave	20
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	21
3.3.5 Obdelave podatkov	21
3.4 REZULTATI	22
3.4.1 Neizvedena zdravstvena nega in oskrba: Rezultati analize vprašalnika BERNCA-R	23
3.4.2 Preverjanje hipotez	26
3.4.3 Razlogi za neizvedeno zdravstveno nego in oskrba: Rezultati analize vprašalnika MISSCARE	35
3.5 RAZPRAVA.....	41
3.5.1 Omejitve raziskave	45
3.5.2 Priložnost za nadaljnje raziskave.....	46
4 ZAKLJUČEK	47
5 LITERATURA	48
6 PRILOGE	

6.1 VPRAŠALNIK

KAZALO SLIK

Slika 1: Demingov krog.....	6
Slika 2 : Frekvenčna razporeditev ocen vprašalnika BERNCA-R z označeno hipotetično in opazovano mediano	26

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografske značilnosti zaposlenih v zdravstveni negi	20
Tabela 2: Ocena zaposlenih o obremenitvah in kadrovski ustreznosti.....	22
Tabela 3: Zadovoljstvo zaposlenih z delovnim mestom, poklicem in timskim delom ..	23
Tabela 4: Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe	24
Tabela 5: Rezultati Wilcoxonovega testa predznačenih rangov za primerjavo mediane vprašalnika BERNCA-R	26
Tabela 6: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na delovni čas anketirancev.....	27
Tabela 7: Povezava med delovnimi izkušnjami anketirancev in njihovo oceno neizvedene zdravstvene nege in oskrbe.....	28
Tabela 8: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na izobrazbo anketirancev.....	29
Tabela 9: Rezultati Friedmanovega testa za rangiranje neizvedenih aktivnosti vprašalnika BERNCA-R.....	29
Tabela 10: Parne primerjave v ocenah neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege.....	30
Tabela 11: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na preobremenjenost z delom anketirancev.....	31
Tabela 12: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na zadovoljstvo z delovnim mestom	32
Tabela 13: Parne primerjave v ocenah neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege glede na zadovoljstvo z delovnim mestom	33
Tabela 14: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na namero zapustitve delovnega mesta	33

Tabela 15: Parne primerjave v ocenah neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege glede na namero zapustitve delovnega mesta	34
Tabela 16: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na opravljene nadure	34
Tabela 17: Povezava med številom nadur anketirancev in njihovo oceno neizvedene zdravstvene nege in oskrbe.....	35
Tabela 18: Razlogi za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo.....	36
Tabela 19: Povezava med starostjo in delovnimi izkušnjami anketirancev z njihovo oceno razlogov neizvedene zdravstvene nege in oskrbe.....	37
Tabela 20: Povezava med obremenitvijo zaposlenih v zdravstveni negi in razlogi neizvedene aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe	39
Tabela 21: Povezava med številom nadur anketirancev in pomembnost neustreznega števila kadra za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	40

SEZNAM KRAJŠAV

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
BERNCA-R	Basel Extent of Rationing of Nursing Care – Revised
COVID 19	Corona Virus Inflammation Disease
MZ	Ministrstvo za zdravje
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SSZS	Skupnost socialnih zavodov Slovenije
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
Uradni list RS	Uradni list Republike Slovenije
ZZDej	Zakon o zdravstveni dejavnosti
ZZKZ	Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu ter zavarovanju
WHO	World Health Organization

1 UVOD

Nacionalni inštitut za javno zdravje (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), n.d.) na svoji spletni strani navaja, da Slovenija sodi med države z dolgo pričakovano življenjsko dobo, vendar tej dolgoživosti ne sledijo tudi pričakovana leta zdravega življenja. Konec leta 1995 je delež ljudi, starejših od 65 let, znašal 12,5 %, do leta 2022 pa se je po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (Statistični urad Republike Slovenije (SURS), 2023) povečal že na 21,2 %. Po napovedih naj bi se do leta 2060 ta delež povzpел celo na 35 % ali več (NIJZ, n.d.). Čeprav je staranje naraven proces, hitro staranje prebivalstva predstavlja družbi številne izzive (Kalanlar & Kuru Alici, 2020). Velik delež starejših ljudi, ki bivajo v domovih za starejše, je slabotnih, zlasti tistih z omejeno mobilnostjo in priklenjenih na posteljo (Normala & Lukman, 2020; Fekonja, et al., 2022).

Osebe zdravstvene nege, ki dela v domovih za starejše, ima ključno vlogo pri zagotavljanju dostojanstva starejših. To lahko dosega z ustrezno in čuječo nego, kar osebam, vezanim na posteljo, omogoča občutek lastne vrednosti (Clancy, et al., 2020; Fekonja, et al., 2022). Hkrati pa se zaposleni v institucionalnem varstvu pogosto soočajo z visokimi stopnjami stresa in slabo motivacijo, kar negativno vpliva na kakovost oskrbe (Kalanlar & Kuru Alici, 2020). Zaradi preobremenjenosti in slabih delovnih pogojev številni zaposleni zapuščajo poklic ali iščejo lažja delovna mesta, kar še dodatno obremenjuje preostalo osebje. Povečana delovna obremenitev pa vodi v večjo možnost napak in neizvedene zdravstvene nege (Skela Savič, et al., 2021; Prelec & Skela Savič, 2023).

Pomanjkanje usposobljenosti med osebjem v zdravstveni negi vodi do neželenih dogodkov, pogosto tudi kot posledica opuščene ali nedokončane zdravstvene nege (Andersson, et al., 2018; 2023). Glavna naloga zaposlenih v domovih za starejše je zagotavljanje varne in kakovostne oskrbe, vendar nanjo močno vplivajo delovne razmere, čustvena vpletenost v delo in splošna psihološka obremenitev, kar pogosto vodi v izčrpanost in izgorelost (Phelan, 2015; White, et al., 2019; Lund, et al., 2023).

Raziskave (Henderson, et al., 2017; White, et al., 2019) kažejo, da dejavniki, kot so pomanjkanje osebja, slabo timsko delo, varnostna klima ter povečana zahtevnost oskrbe, prispevajo k pojavu neopranjene zdravstvene nege. Osebe zdravstvene nege, ki se sooča s temi razmerami, pogosto poroča o čustveni izčrpanosti ter negativno ocenjuje kakovost oskrbe. Od leta 2006 do danes je bilo izvedenih le nekaj raziskav o neopravljeni zdravstveni negi v domovih za starejše (npr. Knopp-Sihota, et al., 2015; Zúñiga, et al., 2015; Dhaini, et al., 2017; Nelson, 2017; Duffy, et al., 2018; Chiappinotto, et al., 2022), ki kažejo, da je ta pojav – pogosto poimenovan kot "izpuščena oskrba" ali "nedokončana zdravstvena nega" – pomemben napovednik slabše kakovosti oskrbe, več neželenih dogodkov ter manjšega zadovoljstva med stanovalci (Jones, et al., 2015; White, et al., 2019).

Obstoječi kadrovski normativi v domovih za starejše, ki jih določa Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010), so zastareli in ne odražajo več dejanskih potreb. Z leti so se potrebe stanovalcev po zdravstveni negi in oskrbi bistveno povečale, delo zaposlenih pa postaja vse težje in zahtevnejše. Preobremenjenost vodi v večje število bolniških odsotnosti, kar ustvarja začarani krog utrujenosti in stresa. Senek, et al. (2020) poročajo, da kljub izpolnjevanju kadrovskih normativov v več kot 80 % izmen še vedno ostaja velika prisotnost neopranjene zdravstvene nege, kar odpira vprašanja o primernosti trenutnih standardov. Zaradi pomanjkanja kadra lahko prihaja do izpuščenih storitev, kar negativno vpliva na kakovost bivanja stanovalcev, povzroča nezadovoljstvo med njimi in njihovimi svojci ter posledično dodatno obremenjuje zaposlene.

V Sloveniji je bilo na temo neopranjene zdravstvene nege v domovih za starejše narejenih zelo malo raziskav. Zato bomo v okviru magistrskega dela raziskali, katere aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe ostajajo neizvedene, kako pogosto se to dogaja ter katere razloge za to navajajo zaposleni v zdravstveni negi.

2 TEORETIČNI DEL

Neizvedena zdravstvena nega v domovih za starejše je pogost pojav, ki negativno vpliva na kakovost oskrbe in varnost stanovalcev. Zaradi pomanjkanja kadra, preobremenjenosti zaposlenih in organizacijskih težav pogosto pride do opustitve pomembnih negovalnih aktivnosti, kar lahko vodi do slabših zdravstvenih izidov in večje pojavnosti zapletov. Raziskave (Ball, et al., 2018) kažejo, da je zmanjšanje neizvedene nege mogoče z izboljšanjem delovnih pogojev in ustrezno podporo osebja zdravstvene nege.

2.1 DOMOVI ZA STAREJŠE

Domovi za starejše v Sloveniji predstavljajo obliko institucionalnega varstva, ki uporabnikom nudi celovito pomoč v vsakdanjem življenju, zlasti takrat, ko starejši ne morejo več bivati doma. Osnovne storitve vključujejo nastanitev, prehrano, varstvo, osnovno in socialno oskrbo ter zdravstveno varstvo (Ministrstvo za zdravje (MZ), n.d.). Namen storitev je nadomestiti ali dopolniti funkcije doma in družine ter podpreti posameznike pri prilagajanju na starost.

Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (SSZS, 2024) je bilo konec leta 2023 na voljo 22.010 mest v institucionalnem varstvu, od tega 13.463 v javnih domovih, 6.247 v zasebnih domovih s koncesijo in 2.300 v posebnih zavodih za odrasle. Do storitev so upravičeni državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem ter tujci z dovoljenjem za stalno bivanje. Sprejem se izvede na podlagi dogovora o oskrbi, kjer se opredelijo obseg, vrsta in posebnosti izvajanja storitev. Plačilo storitev oskrbe v domovih krijejo uporabniki sami, njihovi svojci, zavezanci ali občine, medtem ko zdravstvene storitve financira obvezno zdravstveno zavarovanje. Stroški oskrbe so določeni v skladu s pravilnikom o metodologiji oblikovanja cen, pri čemer na ceno vplivajo potrebe stanovalca, vrsta nastanitve in morebitne dodatne storitve (SSZS, n.d.).

Kategorizacija oskrbe v domovih se deli na štiri stopnje, od katerih prva vključuje predvsem osnovno pomoč pri vsakdanjih opravilih, druga in tretja stopnja pokrivata vse večjo stopnjo odvisnosti, medtem ko četrta stopnja zajema oskrbo uporabnikov z

demenco in podobnimi stanji. Razvrščanje temelji na točkovnem sistemu glede na potrebe uporabnikov in vključuje tudi zdravstvene ocene (Uradni list Republike Slovenije, 2022).

2.1.1 Kakovost oskrbe v domu starejših občanov

Zagotavljanje kakovosti v domovih za starejše temelji na vzpostavitvi strukturiranih, varnih in uporabniku prilagojenih storitev, pri čemer so ključni spoštovanje dostojanstva, sodelovanje uporabnikov ter stalno izboljševanje storitev (World Health Organization (WHO), 2024). Sistemi kakovosti morajo omogočati sprotno spremljanje storitev, odzivanje na potrebe uporabnikov in preprečevanje napak. Za učinkovito upravljanje kakovosti so potrebni jasno določeni standardi, merljivi kazalniki, redno izobraževanje zaposlenih ter kultura odprtosti za spremembe (Sion, et al., 2020). Kot poudarjajo Sion, et al. (2020), kakovost ni odvisna le od števila osebja, temveč predvsem od njihove usposobljenosti, medosebnih veščin in sposobnosti prepoznavanja potreb stanovalcev. Z učinkovitim načrtovanjem ter kakovostno in varno obravnavo stanovalca lahko preprečimo nepotrebne hospitalizacije, s čimer ga zaščitimo pred dodatnimi obremenitvami ter razbremenimo zdravstveni sistem kadrovsko in finančno (MZ, 2021).

Zhang, et al. (2022) so sistematično pregledali kakovostne kazalnike v dolgotrajni oskrbi, kot so pojavnost razjed zaradi pritiska in padcev, vendar opozarjajo na metodološke pomanjkljivosti, ki otežujejo njihovo uporabo. Podobno raziskava Bardsley, et al. (2023) iz Avstralije ugotavlja pomembne vrzeli v klinični oskrbi, zlasti pri obvladovanju depresije in zdravljenju ran. Hibbert, et al. (2024) izpostavljajo potrebo po sistematičnem spremljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti, saj negovalni postopki še vedno niso optimalno izvajani.

Loureiro in Martin (2024) poudarjata, da mora ocena kakovosti zajemati tako klinične kazalnike kot zadovoljstvo stanovalcev in kakovost življenja ter da je potrebna mednarodna standardizacija kazalnikov. Rostad, et al. (2023) so raziskali vpliv organizacije storitev na Norveškem in ugotovili, da sta usposobljenost in zadovoljstvo zaposlenih ključna dejavnika za kakovost oskrbe in zadovoljstvo stanovalcev. Nordaunet, et al. (2023) poudarjajo, da je kakovost oskrbe v dolgotrajni oskrbi starejših tesno

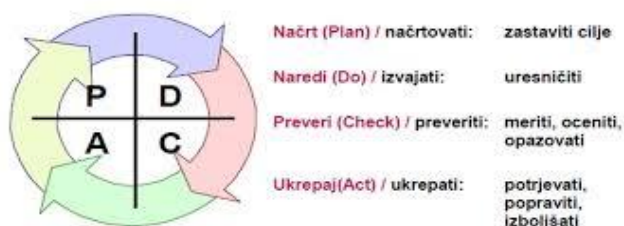
povezana s kontinuiteto nege, saj ta zmanjšuje nepotrebne hospitalizacije, stroške in smrtnost.

Pomembno je tudi aktivno vključevanje stanovalcev in svojcev v načrtovanje oskrbe, kar povečuje zadovoljstvo in občutek varnosti (WHO, 2024). Sodobni pristopi poudarjajo, da kakovost ni enkrat dosežen standard, temveč dinamičen proces, ki zahteva nenehno evalvacijo in izboljšave, vključno z uvajanjem kliničnih smernic, protokolov in sistemov za prijavo neželenih dogodkov (Sion, et al., 2020).

Kakovost v zdravstvu je v zadnjih letih vse bolj v ospredju, kar se odraža tudi v ključnih strateških in zakonodajnih dokumentih. Nova Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2023–2031 poudarja potrebo po celovitem ukrepanju, opolnomočenju pacientov in izboljšanju zdravstvene pismenosti, kar spodbuja trajnostni sistem kakovosti in varnosti (MZ, 2023), medtem ko Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ), ki ga je Državni zbor Republike Slovenije sprejel novembra 2024, predstavlja pomemben korak k izboljšanju kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev v Sloveniji. Njegov glavni cilj je vzpostavitev celovitega sistema vodenja in upravljanja kakovosti v zdravstvu, ki bo temeljil na mednarodno priznanih standardih ter zagotavljal večjo preglednost in odgovornost izvajalcev zdravstvenih storitev. Ključne novosti zakona govorijo o (Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ), 2024):

- vzpostavitev nacionalnega sistema kakovosti,
- ustanovitev Javne agencije Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu,
- sistematično spremljanje in poročanje,
- povečana odgovornost izvajalcev,
- ustanovitev novih struktur za kakovost.

Demingovo načelo temelji na ideji nenehnega izboljševanja vseh procesov, tudi izobraževanja zaposlenih. Ključni del tega pristopa je t. i. Demingov krog, ki vključuje štiri faze – načrtovanje, izvajanje, pregled in izboljševanje. Model omogoča postopno uvajanje sprememb ter predstavlja enega najbolj uveljavljenih pristopov za zagotavljanje kakovosti v organizacijah (Kramar, 2022) (slika 1).



Slika 1: Demingov krog
(Kramar, 2022)

Kakovost v zdravstvu temelji na upoštevanju temeljnih načel kakovosti, ki vključujejo (ZZKZ, 2024):

- načelo učinkovitosti,
- načelo uspešnosti,
- načelo osredotočenosti na pacienta,
- načelo pravočasnosti,
- načelo varnosti,
- načelo enakopravnosti,
- načelo integriranosti zdravstvenega varstva.

Merjenje kakovosti oskrbe v domovih za starejše je ključno za zagotavljanje varnega, dostojanstvenega in učinkovitega bivanja starejših oseb. V mednarodnem prostoru obstajajo standardizirani kazalniki, ki služijo za spremljanje, primerjanje in izboljševanje kakovosti storitev v institucionalnem varstvu.

Strukturni kazalniki se nanašajo na pogoje, v katerih se oskrba izvaja. Med najpogostejše spremljanimi so (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2019):

- razmerje med zaposlenimi in stanovalci (npr. število negovalcev na izmeno),
- usposobljenost zaposlenih (delež diplomiranih medicinskih sester ali usposobljenega osebja),
- dostop do zdravstvenih storitev znotraj ustanove (prisotnost zdravnika, fizioterapevta ipd.).

Procesni kazalniki ocenjujejo, kako se oskrba izvaja, zlasti, ali se določeni postopki izvajajo skladno s smernicami. Sem sodijo (WHO, 2024):

- delež stanovalcev, ki so deležni redne ocene funkcionalnega stanja,
- delež tistih, ki imajo individualni načrt oskrbe,
- frekvenca izvajanja preventivnih ukrepov (npr. preprečevanje padcev, razjed zaradi pritiska).

Izhodni kazalniki merijo učinke oskrbe na zdravje in dobrobit uporabnikov. Med njimi so (Sion, et al., 2020; WHO, 2024):

- incidenca razjed zaradi pritiska,
- pogostost padcev s poškodbami,
- delež stanovalcev z nepojasnjnim hujšanjem,
- uporaba antipsihotikov brez ustrezne diagnoze,
- zadovoljstvo stanovalcev in svojcev z oskrbo.

Kazalniki so učinkoviti le, če jih ustanove redno spremljajo, analizirajo in uporabljajo za načrtovanje ukrepov izboljšav. V številnih državah so ti kazalniki vključeni v nacionalne sisteme za akreditacijo in poročanje, kar omogoča preglednost ter spodbuja odgovornost izvajalcev.

Poleg kvantitativnih meril je pomembno tudi spremljanje subjektivne kakovosti življenja, kar vključuje občutek varnosti, dostojanstva, ohranitev zasebnosti in medosebne odnose (OECD, 2019).

2.2 NEIZVEDENA ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA

Neizvedena zdravstvena nega je pojem, ki se nanaša na kateri koli del potrebne oskrbe pacienta, ki ni bil izveden (bodisi delno bodisi v celoti) ali je bil opravljen z zamudo. V literaturi se ta koncept pogosto označuje z različnimi izrazi, kot so missed nursing care, care left undone, omission of nursing care in rationed nursing care. V svojem članku (Filej, et al., 2023) povzema ugotovitve Kalisch (2006, cited in Filej, et al., 2023), ki je kot prva prepoznala pojav neizvedene zdravstvene nege. Kalisch je v svoji raziskavi

proučevala, katere naloge zdravstvene nege se pri hospitaliziranih pacientih najpogosteje ne opravijo, in ugotovila, da gre predvsem za opravila, kot so menjava položajev, ustna nega, hranjenje z zamudo, poučevanje, načrtovanje odpusta, dokumentiranje, osebna nega ter nadzor. Med glavnimi razlogi za opuščanje teh nalog je izpostavila pomanjkanje časa in kadra, slabo timsko sodelovanje ter neučinkovito delegiranje. Kasnejše raziskave (Filej, et al., 2023) so potrdile, da neizvedena nega lahko vodi do zapletov, kot so okužbe, povezane z zdravstvom, podaljšana hospitalizacija in nezadovoljstvo pacientov. Pojav je prisoten v vseh bolnišnicah, pri čemer je odločanje medicinskih sester močno odvisno od njihovih osebnostnih lastnosti ter dejavnikov, kot so utrujenost, delovno okolje in organizacijske spremembe.

Neizvajanje zdravstvene nege je prisotno v vseh bolnišnicah (Mynařikova, et al., 2020). Strukturni dejavniki, ki vplivajo na neizvedeno zdravstveno nego, vključujejo kadrovske vire (število, izobrazba, kompetence in delovne izkušnje zaposlenih), materialne vire (opremo, negovalne pripomočke, zdravila) in timsko delo ter komunikacijo (med člani negovalnega tima, medicinskimi sestrami in zdravniki ter medicinskimi sestrami in podpornim kadrom) (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2022).

Suhonen in Scott (2018) v literaturi o zdravstveni negi navajata, da so medicinske sestre in raziskovalci opazili naraščanje števila neizvedenih, nedokončanih ali preloženih nalog zdravstvene nege, kar so začeli temeljito raziskovati. Poudarjata, da je tovrstno raziskovanje nujno zaradi pomanjkanja zaposlenih, skrbi za varnost pacientov, delovnih razmer ter vpliva na izide obravnave pacientov na vseh področjih zdravstvene nege. Raziskava, izvedena v Sloveniji, potrjuje glavni vzrok za neizvedeno zdravstveno nego – premajhno število usposobljenega kadra ter pogosto menjavanje zaposlenih, kar vključuje prihod neizkušenega osebja in odhod izkušenega osebja. Ugotovljeno je, da so medicinske sestre pogosto preobremenjene, kar vpliva na kakovost njihovega dela, še posebej v nepričakovanih situacijah, kot so epileptični napadi, zadušitve in nenapovedani obiski svojcev, kar povzroči zlom sistema. Raziskava tudi navaja, da so napake pogosto posledica neprimerne predaje službe ali pozabljenih in zamujenih informacij (Dolničar, 2022).

Po raziskavi Cleary-Holdforth (2019) so najpogostejše spregledana področja osebna oskrba, načrtovanje odpusta, osebna higiena, čustvena podpora, dokumentacija o bilanci tekočin ter nadzor stanovalca. Stanovalci se zaradi tega pogosto počutijo zapostavljeni in nezadovoljni, saj želijo prejeti osnovno zdravstveno nego in ustrezno obravnavo.

Neizvedena zdravstvena nega zmanjša kakovost zdravstvene oskrbe, vpliva na zdravje pacientov in povzroči zaplete, nezadovoljstvo ter ponovni sprejem. Povečuje tudi obolevnost in umrljivost pacientov. Ta pojav vpliva na medicinske sestre, saj vodi v notranje konflikte, etične dileme in nezadovoljstvo z delom. Neizvedena zdravstvena nega je pokazatelj ustreznosti kadrov in kakovosti zdravstvene oskrbe (Bahun & Skela Savič, 2022).

Konceptualni model neizvedene zdravstvene nege se opira na Donabedianov model ocenjevanja kakovosti, ki vključuje strukturni, procesni in rezultatni pristop, ki je zelo povezan z varnostjo uporabnikov (Plevová, et al., 2021).

2.2.1 Opredelitev neizvedene zdravstvene nege in oskrbe

Najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na pojav neizvedene zdravstvene nege, je število zaposlenih v zdravstveni negi. Večja obremenitev osebja pogosto povečuje verjetnost, da določene naloge ne bodo opravljene, saj visoka delovna obremenjenost onemogoča, da bi medicinske sestre vsem pacientom zagotovile enako kakovostno oskrbo. Pomanjkanje kadra lahko vodi do selektivnega izvajanja nalog, pri čemer se prednost daje tistim, ki so nujne, medtem ko druge ostajajo neizvedene (Bahun & Skela Savič, 2021). Ko ena oseba skrbi za deset ali več pacientov, se verjetnost izpuščenih nalog znatno poveča v primerjavi z manj obremenjenimi izmenami (Ball, et al., 2018). Podporno delovno okolje in učinkovito timsko delo pomembno zmanjšujeta število izpuščenih nalog, medtem ko napetosti med osebjem negativno vplivajo na kakovost oskrbe (Griffiths, et al., 2018; Bahun & Skela Savič, 2021). Vzroki za neizvedeno nego so kompleksni in vključujejo tako organizacijske kot osebne dejavnike medicinskih sester (Jones, et al., 2019a).

Izpuščene aktivnosti zdravstvene nege najbolj prizadenejo ranljive skupine, kot so starejši, ki zaradi svojih zdravstvenih in socialnih težav bivajo v institucionalni oskrbi. V teh okoljih pogosto primanjkuje kadra, časa in potrebnih sredstev za delo, kar dodatno poslabša njihovo zdravje. Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege pri starejših povečujejo tveganje za varnostne zaplete. Pomanjkanje kadra v socialnih in zdravstvenih ustanovah pogosto pomeni, da pomoč pride prepozno, kar stanovalcem odvzame možnost za samostojno oskrbo in skrbi za urejeno okolje. Med razloge za neizvršene aktivnosti zdravstvene nege raziskovalci navajajo nezadovoljstvo s poklicem, s timskim delom in s trenutnim položajem v ustanovi, pomankanje človeških virov, pomankanje časa in denarja, delo z zahtevnimi ljudmi, ki imajo različne zdravstvene težave. Razlogi za pomanjkanje medicinskih sester so zapletenejša potreba pacientov, storitve drugih strokovnjakov se zmanjšujejo, predčasno odpuščanje pacientov iz bolnišnic v prizadevanju za sprostitev postelj (Potočnik & Kobentar, 2022). Bahun in Jeriček Klanšek (2023) navaja, da se bodo medicinske sestre še vedno soočale z vsakodnevnimi odločitvami, kaj izvesti in kaj lahko izpustijo z minimalnimi posledicami, se ob tem spraševale o osebnih in profesionalnih vrednotah ter doživljale stiske, frustracije in stres.

2.2.2 Pomembnost problematike neizvedene zdravstvene nege in oskrbe

Jones, et al. (2019b) trdijo, da so vzroki za neizvedeno zdravstveno nego povezani z razporeditvijo virov, političnimi, kulturnimi in ideološkimi dejavniki. Empirične raziskave so v sistematičnem pregledu Chiappinotto, et al. (2022) opredelile dejavnike, kot so pomanjkanje osebja, slabo razmerje med pacientom in medicinsko sestro, intenzivnost dela in klinična nestabilnost pacientov. Kljub tem raziskavam kvalitativne raziskave do zdaj niso bile povzemane, čeprav so se že od začetka uporabljale za preučevanje razlogov za izostanek zdravstvene nege.

V Evropi vsako leto pride do več kot 2,5 milijona okužb, povezanih z bolnišničnim zdravljenjem, kar povzroči približno 2,5 milijona let življenja, prilagojenega invalidnosti, in ima velike posledice v smislu stroškov. Te okužbe so pogosto posledica hospitalizacije, so preventivne narave in prizadenejo približno od 1 od 20 pacientov. Za zmanjšanje globalnega bremena teh okužb in njihovih zapletov je ključno razumeti, kako do njih

prihaja. Eden od možnih vzrokov so napake v preventivnih in obvladovanih praksah okužb s strani negovalnega osebja, vključno z neupoštevanjem smernic za preprečevanje okužb. Čeprav so prejšnji koncepti nedokončane ali zamujene zdravstvene nege različni, vsi izrazi opisujejo nego, ki je nepopolna zaradi pomanjkanja virov, kot sta osebje in čas (Cassini, et al., 2016).

Opuščena zdravstvena oskrba je povezana s povečanim tveganjem za okužbe, kot so okužbe krvnega obtoka, okužbe zaradi intravenskih kanil, okužbe sečil in pljučnice. Opozarja se, da tako opuščena zdravstvena nega kot okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo, izhajajo iz podobnih dejavnikov, kot so slabi delovni pogoji, nizko razmerje med medicinskimi sestrami in pacienti, pomanjkanje osebja, visoka izgorelost medicinskih sester, velika delovna obremenitev, visoka zasedenost postelj in pogosta menjava pacientov (McCauley, et al., 2021). Poleg tega se zdi, da učinkovito vodenje zdravstvenih ustanov pomaga pri obvladovanju okužb in zmanjšanju ravni zamujene oskrbe (Kim, et al., 2018; McCauley, et al., 2020). Te podobnosti podpirajo preventivo in obvladovanje okužb kot ključno komponento zamujene zdravstvene nege. Raziskava (McCauley, et al., 2021) na temo opuščene nege ni prepoznala razlike v nalogah medicinskih sester v različnih kliničnih okoljih in specifičnih nalogah, kot je preprečevanje in obvladovanje okužb, povezanih z zdravstvom. Kvalitativni raziskavi Henderson, et al. (2020) in Stemmer, et al. (2022) sta prvič preučili neuspeh medicinskih sester pri izvajanju preventivnih in obvladovanih ukrepov za okužbe, povezane z zdravstvom, v okviru zamujene zdravstvene nege.

2.2.3 Vzroki in dejavniki za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo

Raziskovalci navajajo različne razloge za neizvršene naloge v zdravstveni negi; med njimi so zadovoljstvo z delom, timsko sodelovanje in trenutni položaj v zdravstveni ustanovi, pomanjkanje kadrov, časa in finančnih sredstev ter izzivi pri delu z zahtevnimi pacienti z različnimi zdravstvenimi težavami. Pomanjkanje medicinskih sester je posledica kompleksnejših potreb pacientov, zmanjševanja storitev drugih strokovnjakov, prezgodnjega odpusta pacientov iz bolnišnic in prizadevanj za sprostitev postelj. V raziskavi institucionalnega varstva je bilo ugotovljeno, da demografski podatki

zaposlenih ne vplivajo na neizvršene aktivnosti zdravstvene nege, saj timsko delo omogoča boljšo obvladovanje nalog in preprečevanje napak. Najpogostejše spregledane aktivnosti so bile ustna nega in ocenjevanje učinka zdravil, še posebej pri starostnikih, ki jemljejo več zdravil. Možnosti za izboljšanje zdravstvene nege in zmanjšanje neizvršenih nalog se vidijo v izboljšanju delovnega okolja, z zadostnim številom zaposlenih, kar bi pripomoglo k boljši oskrbi v domovih za starejše ter zmanjšanju fluktuacije medicinskih sester. Te ugotovitve se ujemajo z raziskavami drugih avtorjev, kot so White, et al. (2019) in Cleary-Holdforth (2019), ki opozarjajo na preobremenjenost, pomanjkanje časa, denarja in kadra ter delo z zahtevnimi pacienti kot ključne dejavnike (Potočnik & Kobentar, 2022).

Strokovnjaki opozarjajo, da neizvršene aktivnosti v zdravstveni negi vodijo v povečanje števila varnostnih zapletov in neželenih dogodkov, kar podaljšuje zdravljenje, povečuje stopnjo invalidnosti in smrtnosti ter povzroča višje stroške obravnave. Koncept zamujene zdravstvene nege se zato opisuje kot načrtovana zdravstvena nega, ki zaradi različnih razlogov ni izvedena v celoti, je izvedena le delno ali pa ni izvedena pravočasno (Cleary-Holdforth, 2019).

Nedavni vpogledi v strokovno literaturo kažejo, da so težave, povezane z izpuščeno zdravstveno nego, zapletenejše in jih ni mogoče preprosto pripisati nekompetentnosti medicinskih sester (Blackman, et al., 2015).

Številna prizadevanja so bila usmerjena v dokumentiranje dejavnikov, ki vodijo do nedokončane zdravstvene nege, pri čemer so empirični dokazi pokazali različne razloge. Kot povzemajo Chiappinotto, et al. (2022), so ti dejavniki razdeljeni na tri ravni:

- Organizacijska raven, kjer so ključni dejavniki, kot so pomanjkanje osebja, slabo razmerje med pacienti in medicinskimi sestrami, intenzivnost delovnih nalog, nadure ter slabo delovno okolje.
- Raven medicinskih sester, kjer so dejavnosti, kot so absentizem, osebno zadovoljstvo in odgovornost.
- Raven pacientov, kjer klinična nestabilnost zahteva več oskrbe, kar vodi v nedokončano zdravstveno nego. Kljub temu kvalitativne raziskave še niso bile

sistematično povzete, čeprav so bili kvalitativni pristopi uporabljeni že od začetka za razumevanje razlogov za izostanek zdravstvene nege, vključno z raziskavami fokusnih skupin.

Nekatere raziskave, kot sta raziskavi Harvey, et al. (2018) in Rezaei-Shahsavarloo, et al. (2021), so se osredotočile na racionalizacijo zdravstvene oskrbe in razloge za nedokončano zdravstveno nego pri slabotnih pacientih. Razširitev znanja o temeljnih vzrokih za nedokončano zdravstveno nego, ki vključuje medicinske sestre na različnih ravneh (klinični, srednji vodstveni in izvršni ravni), bi omogočila širše razumevanje vzrokov in pojavov z vidika celotnega sistema zdravstvene nege.

2.2.4 Posledice neizvedene zdravstvene nege in oskrbe

Neželeni izidi neizvedenih nalog so pri starejših pacientih povezani z večjim številom padcev, nastankom poškodb zaradi pritiska in bolečin, večjim tveganjem za okužbe, povezane z zdravstvom, ter večjo verjetnostjo smrti. Pri medicinskih sestrah se pojavijo nezadovoljstvo z delom, pogoste bolniške odsotnosti in želja po menjavi delovnega mesta. Delo v takšnih razmerah pomeni, da so neizvedene aktivnosti zdravstvene nege neizogibne, medicinske sestre pa prevzemajo večji del odgovornosti za to (Cleary-Holdforth, 2019).

Za preprečitev tega bi medicinske sestre potrebovale optimalne delovne pogoje in dovolj virov (Hessels, et al., 2015). Etika in odločanje o prioritetah sta vsakodnevni izziv, saj skrbijo za paciente z različnimi potrebami (Suhonen & Scott, 2018).

Posledice se odražajo tudi v večjem številu zapletov pri pacientih, kar vodi v višje stroške zdravstvene oskrbe, večje nezadovoljstvo pacientov in morebitno povečanje stopnje smrtnosti (Filej, et al., 2023).

Nedokončana zdravstvena nega je pogosto uporabljen kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe. Razširjenost nedokončane zdravstvene nege med negovalnim osebjem v bolnišnicah za akutno oskrbo po vsem svetu se giblje med 55 % in 98 %. Kljub temu

ostaja izziv natančno opredeliti vplive nedokončane zdravstvene nege zaradi organizacijskih omejitev, saj prejšnje raziskave pogosto temeljijo na poročilih medicinskih sester in sekundarni analizi administrativnih podatkov. Raziskave kažejo, da nedokončana zdravstvena nega negativno vpliva na izide zdravstvene oskrbe, zdravje pacientov in delovanje organizacij. Povezana je z nezadovoljstvom pacientov, napakami pri zdravljenju, okužbami, padci, razjedami zaradi pritiska, kritičnimi dogodki, kakovostjo oskrbe in ponovnim sprejemom pacientov. Vendar pa ni jasno, kako nedokončana zdravstvena nega vpliva na stopnjo umrljivosti (Stemmer, et al., 2022).

Sposobnost privabljanja in zadrževanja medicinskih sester v poklicu je ključnega pomena za ohranjanje kakovostne pacientove oskrbe ter postaja še bolj kritična zaradi vse večjega pritiska na zdravstveno negovalno delovno silo in pomanjkanja med pandemijo COVID-19 (Dzau, et al., 2021).

Delovno okolje, ki vključuje učinkovito komunikacijo, sodelovanje, odločanje, priznavanje, ustrezno število kadrov in kakovostno vodenje, je povezano z boljšimi rezultati za paciente. Kljub temu pozornost do zdravja delovnega okolja medicinskih sester in standardiziranega poročanja o delovni sili ni bila vedno sprejeta v praksi. Pregled raziskav o delovnih okoljih medicinskih sester je pokazal, da zdravo delovno okolje pozitivno vpliva na psihološko zdravje, čustvene obremenitve, zadovoljstvo pri delu in zadržanje osebja. Ugotovljeno je bilo, da delovno okolje vpliva na uspešnost, produktivnost, kakovost oskrbe pacientov ter varnost v bolnišnicah. Ta pregled potrjuje, da zadovoljne medicinske sestre prispevajo k boljši delovni uspešnosti, večji kakovosti nege in večji ohranjenosti kadra (Wei, et al., 2018).

3 EMPIRIČNI DEL

Področje neizvedene zdravstvene nege v domovih za starejše je v Sloveniji še vedno premalo raziskano, zato smo se v empiričnem delu osredotočili na njegovo podrobnejšo analizo ter preučili dejavnike, ki vplivajo na pojav teh neizvedenih storitev.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil sistematično ugotoviti vrsto neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe med zaposlenimi v zdravstveni negi, katere aktivnosti so najpogostejše neizvedene in vzroke, ki jih zaposleni v zdravstveni negi izpostavljajo, da privedejo do neizvedenih aktivnostih zdravstvene nege in oskrbe v domovih za starejše v dolenski regiji.

Cilji raziskave so bili:

- 1. CILJ: Ugotoviti delež neizvedene aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe pri zaposlenih v zdravstveni negi v domovih za starejše v dolenski regiji, glede na vrsto turnusa.
- 2. CILJ: Ugotoviti pogostost neizvedenih aktivnostih zdravstvene nege in oskrbe zaposlenih v zdravstveni negi v domovih za starejše v dolenski regiji, glede na leta delovnih izkušenj.
- 3. CILJ: Ugotoviti delež neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe glede na izobrazbo zaposlenih v zdravstveni negi v domovih za starejše v dolenski regiji.
- 4. CILJ: Ugotoviti, katera vrsta neizvedenih aktivnostih zdravstvene nege in oskrbe je med zaposlenimi v zdravstveni negi v domovih za starejše v dolenski regiji najbolj pogosta.
- 5. CILJ: Ugotoviti povezanost med obremenitvijo zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnostjo neizvedene aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe v domovih za starejše v dolenski regiji,

- 6. CILJ: Ugotoviti povezanost med zadovoljstvom zaposlenih v zdravstveni negi z obstoječim delovnim mestom in pogostostjo neizvedene zdravstvene nege in oskrbe v domovih za starejše v dolenski regiji.
- 7. CILJ: Ugotoviti povezanost med nameravanim zapuščanjem trenutnega delovnega mesta zaposlenih v zdravstveni negi in pogostostjo neizvedene zdravstvene nege in oskrbe v domovih za starejše v dolenski regiji.
- 8. CILJ: Ugotoviti povezanost nadurnega dela zaposlenih v zdravstveni negi in pomembnosti neustreznega števila kadra v domovih za starejše v dolenski regiji.
- 9. CILJ: Ugotoviti vzroke za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za kvantitativno raziskovanje neizvedene aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe ter razlogov zanje smo postavili naslednje hipoteze in raziskovalno vprašanje.

H1: Pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki opravljajo večizmensko delo, je manj neizvedene zdravstvene nege in oskrbe.

H2: Pri zaposlenih v zdravstveni negi z več delovnimi izkušnjami na trenutnem delovnem mestu je manj neizvedene zdravstvene nege in oskrbe.

H3: Višja, kot je izobrazba zaposlenih v zdravstveni negi, nižja je pojavnost neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe.

H4: Dokumentiranje zdravstvene nege in oskrbe je po oceni zaposlenih v zdravstveni negi najpogosteje izpuščena aktivnost zdravstvene nege in oskrbe.

H5: Zaposleni v zdravstveni negi, ki menijo, da so bolj obremenjeni pri svojem delu, imajo več neizvedene zdravstvene nege in oskrbe.

H6: Pojavnost neizvedene zdravstvene nege in oskrbe je manj prisotna pri tistih zaposlenih v zdravstveni negi, ki so zadovoljnejši s sedanjim delovnim mestom.

H7: Pojavnost neizvedene zdravstvene nege in oskrbe je bolj prisotna pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki nameravajo zapustiti trenutno delovno mesto.

H8: Pojavnost neizvedene zdravstvene nege in oskrbe je bolj prisotna pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo mesečno opravljenih več kot 20 nadur.

RV1: Kateri so vzroki za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo?

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Izvedli smo presečno kvantitativno neeksperimentalno raziskavo.

3.3.1 Dizajn raziskave

V teoretični del magistrske naloge smo vključili sistematičen pregled literature. Literaturo smo iskali v slovenski bazi podatkov COBISS, Google učenjak in v elektronskih mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL, PubMed, WILEY in ProQuest. V podatkovni bazi CINAHL, PubMed, WILEY in ProQuest smo uporabili naslednje ključne besede v različnih kombinacijah: missed care, missed nursing care, nursing task left undone, nursing home, home for elderly people, quality v long term facilities. Med ključne besede smo vstavili Boolove operatorje OR in AND. Rezultate smo omejili na polno dostopno besedilo, znanstvene in strokovne članke, angleški jezik. Obdobje objave člankov je bilo od leta 2015 do leta 2025. V slovenski bazi podatkov COBISS in Google učenjaku smo uporabili naslednje ključne besede: neizvedena zdravstvena nega, kakovost v domovih starejših, neopravljena zdravstvena nega, izpuščena zdravstvena nega. Rezultate smo omejili na pregledne znanstvene članke, znanstvene prispevke na konferenci ter letnico iskanja rezultatov od 2015 do 2025. Pregled literature je potekal v mesecu januarju 2025. V empiričnem kvantitativnem raziskovalnem delu smo za pridobivanje podatkov izvedli anketiranje med zaposlenimi v zdravstveni negi v domovih za starejše v dolenjski regiji. Podatke smo zbirali s pomočjo vprašalnikov BERNCA-R in MISSCARE ter sklopa vprašanj demografskega in delovnega značaja. Anketiranje je potekalo štiri tedne.

3.3.2 Instrument raziskave

Raziskava je sestavljena iz vprašalnika. Vprašalnik je sestavljen iz petih sklopov.

V prvem sklopu vprašalnika so sociodemografski podatki. Zajema 7 vprašanj, in sicer delovno mesto, stopnja izobrazbe, spol, dopolnjena starost, delovni čas, celotna delovna doba, delovne izkušnje na trenutnem delovnem mestu. Od tega so 4 vprašanja zaprtega tipa in 3 vprašanja odprtega tipa.

V drugem sklopu vprašalnika je 8 vprašanj, ki se nanašajo na število ur, ki presegajo tedensko obremenitev, število nadur, preobremenjenost zaposlenih, namera o zapustitvi delovnega mesta, zasedenost delovnih mest, odsotnost z dela zaradi bolezni, odsotnost dela zaradi dopusta, število oskrbovanih stanovalcev. Od tega je 5 vprašanj odprtega tipa in 3 vprašanja zaprtega tipa (Kalisch, 2006 cited in Filej, et al., 2023).

V tretjem sklopu so 3 vprašanja, ki se nanašajo na zadovoljstvo zaposlenih z delovnim mestom (Schubert, et al., 2007 cited in Bahun, et al., 2022). Zaposleni so vprašanja izpolnjevali po Likertovi lestvici (1 = zelo nezadovoljen, 2 = nezadovoljen, 3 = neodločen, 4 = zadovoljen, 5 = zelo zadovoljen).

Za četrti sklop vprašalnika smo uporabili merski instrument BERNCA – R , katerega zanesljivost je ocenjena s Cronbachovim alfo 0,962. Instrument meri vrsto neizvedene zdravstvene nege in oskrbe in je javno dostopen in preveden v slovenski jezik v zborniku predavanj z recenzijo Digitalizacija in edukacija v zdravstvenih vedah (Schubert, et al., 2007 cited in Bahun, et al., 2022) ter vsebuje osemindvajset trditev. Zaposleni so s petstopenjsko Likertovo lestvico (0 = ni potrebno, kar pomeni, da tega na svojem delovnem mestu ne opravljate, 1 = nikoli, kar pomeni, da se nikoli ne zgodi, da katere storitve ne opravite, 2 = redko, kar pomeni, da se zgodi 1– 2 x v 7 delovnih dneh, da katere storitve ne opravite, 3 = včasih, kar pomeni da se zgodi 3–4 x v 7 delovnih dneh, da katere storitve ne opravite in 4 = pogosto, kar pomeni da se zgodi 5 x in več v 7 delovnih dneh, da katere storitve ne opravite) ocenili, kako pogosto v zadnjih sedmih delovnih dneh niso mogli izvesti aktivnosti zdravstvene nege in socialne oskrbe. Cronbachov alfa za vprašalnik BERNCA – R v naši raziskavi znaša 0,964 in kaže na izjemno visoko notranjo skladnost vprašalnika.

- Sedem trditev se nanaša na osebno higieno stanovalca, menjavo osebne in posteljne perila,
- ena trditev se nanaša na hranjenje,
- tri trditve se nanašajo na transport, položaj stanovalca, rehabilitacijo,
- štiri trditve se nanašajo na čustveno in psihosocialno podporo, komunikacijo s stanovalci in njihovimi svojci,
- štiri trditve se nanašajo na spremljanje,

- štiri trditve se nanašajo na aplikacijo terapije, preveze ran, odzivnost,
- pet trditev se nanaša na higieno rok in razkuževanje, prebiranje raporta, pripravo načrta zdravstvene nege in dokumentiranje.

Za peti sklop vprašalnika smo uporabili merski instrument MISSCARE, katerega zanesljivost je ocenjena s Cronbachovim alfo 0,954. Instrument meri vzroke za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo ter je javno dostopen v reviji za zdravstvene vede. Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih: presečna raziskava (Kalisch, 2006 cited in Filej, et al., 2023). Vprašalnik vsebuje dvaindvajset trditev. Zaposleni so s štiristopenjsko Likertovo lestvico (0 = ni razloga za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo, kar pomeni, da to ni razlog, da se zdravstvena nega in oskrba ne bi opravila, 1 = manj pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo, 2 = srednje pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo, 3 = zelo pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo, kar pomeni, da je to najpogostejši razlog, da se zdravstvena nega in oskrba ne opravi) ocenili vzroke za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo.

- Tri trditve se nanašajo na kader, timsko sodelovanje in odsotnost zaposlenih,
- dve trditvi se nanašata na nujno stanje stanovalca in število sprejemov/odpustov,
- dve trditvi se nanašata na število motečih dejavnikov in večopravnost,
- dve trditvi se nanašata na število aktivnosti, storitev,
- ena trditev se nanaša na nedostopnost zdravil,
- pet trditev se nanaša na neustrezno komunikacijo,
- dve trditvi se nanašata na pomanjkljive in nedelujoče pripomočke,
- ena trditev se nanaša na izčrpanost,
- štiri trditve se nanašajo na pomanjkanje podpore s strani članov tima, neustrezen nadzor, pomanjkanje opozoril in neustrezno podporo vodij.

V naši raziskavi zanesljivost vprašalnika MISSCARE, ocenjena s Cronbachovim alfa koeficientom, znaša 0,949 za vseh 22 trditev, kar pomeni odlično notranjo konsistentnost merilnega instrumenta.

3.3.3 Udeleženci raziskave

Število zaposlenih v zdravstveno negovalnem timu v domovih za starejše v dolenjski regiji (Dom starejših občanov Metlika, Dom starejših občanov Črnomelj, Dom starejših občanov Novo mesto, Dom starejših občanov Kočevje, Dom starejših občanov Trebnje, Dom starejših občanov Grosuplje, Zavod svete Terezije Videm Dobropolje, Mavida Ribnica d. o. o., Prizma Ponikve), ki so bili vključeni v anketiranje, je 280 (100 %). Za zagotavljanje reprezentativnosti vzorca smo izračun velikosti vzorca izvedli z uporabo odprtokodne aplikacije OpenEpi (openepi.com), namenjene raziskavam v javnem zdravstvu. Na podlagi izračuna, ob upoštevanju 95 % intervala zaupanja in stopnje napake I. vrste (alfa) 0,05, smo ugotovili, da je za reprezentativni vzorec potrebno zbrati vsaj 163 (58,2 %) anketirancev, kar smo uspešno dosegli.

Od skupno 207 (73,9 %) zaposlenih v zdravstveni negi, ki so zaključili anketiranje, je bilo 20 (9,7 %) moških in 187 (90,3 %) žensk. Povprečna starost udeležencev je 38,81 let (SO = 11,106), pri čemer se starost giblje med 19 in 60 leti. Najpogostejše delovno mesto je bolničar negovalec (n = 92; 44,4 %), sledijo tehniki zdravstvene nege (n = 85; 41,1 %). Kar zadeva najvišjo stopnjo izobrazbe, ima skoraj polovica anketirancev srednjo izobrazbo (n = 101; 48,8 %), medtem ko ima le 1 % (n = 2) univerzitetno izobrazbo ali magistrski študij. Pri delovnem času izstopa, da večina zaposlenih opravlja večizmensko delo (n = 167; 80,7 %). Ostali podatki, vključenih v raziskavo, so v tabeli 1.

Tabela 1: Demografske značilnosti zaposlenih v zdravstveni negi

Spremenljivka	Možne vrednosti	n	%
Spol	Moški	20	9,7
	Ženski	187	90,3
Delovno mesto	Bolničar negovalec	92	44,4
	Tehnik zdravstvene nege	85	41,1
	Diplomirana medicinska sestra, namestnik/ca direktorja za področje ZNO, vodje enot	30	14,5
Najvišja stopnja izobrazbe	Poklicna	74	35,7
	Srednja izobrazba	101	48,8
	Višja strokovna izobrazba, visoka strokovna izobrazba	30	14,5
	Univerzitetna izobrazba, magistrski študij (2. bolonjska stopnja)	2	1,0
Delovni čas	Enoizmensko delo (dopoldne)	40	19,3
	Večizmensko delo (dopoldne, popoldne, ponoči, vikendi, prazniki, 12 ur)	167	80,7

Opombe: n – število, % – odstotek

Celotna delovna doba anketirancev se giblje od 1 do 48 let, s povprečno vrednostjo 17,71 leta (SO = 11,585). Delovne izkušnje na trenutnem delovnem mestu se prav tako gibljejo od 1 do 48 let, s povprečjem 12,04 leta (SO = 9,717).

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Anketiranje je potekalo s pomočjo spletnega orodja 1KA po odobritvi dispozicije na Komisiji za magistrske zadeve na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Vprašalnik smo poslali namestnicam direktorjev za področje zdravstvene nege in oskrbe na njihov elektronski naslov, s prošnjo izpolnitve vprašalnika in posredovanje vsem članom tima zdravstvene nege. Vzorec je neslučajnostni namenski, saj se je anketa poslala določenim zaposlenim, ki so prostovoljno izpolnili anketo. Izpolnjevanje vprašalnika je trajalo štiri tedne, od 19. 10. 2024 do 17. 11. 2024, kar je omogočilo zajem raznolikih perspektiv in zadostno število odgovorov za analizo. Anonimnost vprašalnika je bila popolnoma zagotovljena. Pridobljeni podatki so uporabljeni samo za namen raziskave.

Za izvedbo raziskave v domovih za starejše v dolenjski regiji smo pridobili soglasje zavoda. Obrazec 293-2/2020, Soglasje zavoda za raziskovanje v okviru magistrskega dela, smo poslali na elektronsko pošto direktorja zavoda in namestnika direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe s prilogami.

3.3.5 Obdelave podatkov

Podatke, zbrane s pomočjo spletnega vprašalnika na platformi 1KA.si, smo izvozili in analizirali s pomočjo statističnih programov SPSS (verzija 29) in Jamovi (verzija 2.3).

Za začetek smo uporabili opisno statistiko za izračun povprečnih vrednosti (PV), standardnih odklonov (SO), mediane (Me), interkvartilnega razmika (IQR) ter minimalnih in maksimalnih vrednosti, s čimer smo opisali značilnosti spremenljivk in razporeditev odgovorov. Zanesljivost merskih instrumentov smo preverili z izračunom Cronbachovega koeficienta alfa.

Normalnost porazdelitve spremenljivk smo preverili s Kolmogorov-Smirnovim testom, ki je pokazal, da so odstopanja podatkov od normalne porazdelitve statistično značilna ($p < 0,001$). Zaradi tega smo za nadaljnje analize uporabili neparametrične statistične metode.

Za preverjanje razlik med opazovanimi vrednostmi in hipotetičnimi medianami smo uporabili Wilcoxonov test predznačenih rangov. Pri primerjavi median med dvema skupinama smo izvedli Mann-Whitneyev U-test, za analizo razlik med več skupinami pa Kruskal-Wallisov H-test z naknadnima post-hoc testoma (Durbin-Conover oziroma Dwass-Steel-Critchlow-Fligner). Za analizo povezanosti med ordinalnimi spremenljivkami smo uporabili Spearmanov koeficient korelacije. Razlike v pogostosti odgovorov pri posameznih trditvah smo preverili s hi-kvadrat testom enake verjetnosti. Nadalje smo binarno logistična regresijo uporabili za analizo povezanosti obremenjenosti zaposlenih in pomembnostjo razlogov za neizvedeno nego in oskrbo.

Prag statistične značilnosti smo določili pri $p < 0,05$.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati, ki se nanašajo na občutek preobremenjenosti pri delu, nameravano zapuščanje delovnega mesta ter mnenja o ustreznosti kadrovske zasedenosti na področju zdravstvene nege. Velika večina anketirancev ($n = 178$; 86,0 %) meni, da so pri opravljanju svojega dela preobremenjeni. Pri vprašanju o nameravanem zapuščanju delovnega mesta 31,8 % zaposlenih to načrtuje v prihodnjem letu ali prej, medtem ko 68,1 % ($n = 141$) tega ne načrtuje. Kar 94,2 % ($n = 195$) anketirancev ocenjuje, da kadrovska zasedenost na področju zdravstvene nege in oskrbe v njihovi ustanovi ni ustrezna (tabela 2).

Tabela 2: Ocena zaposlenih o obremenitvah in kadrovski ustreznosti

Spremenljivka	Možne vrednosti	n	%
Menite, da ste pri opravljanju svojega dela preobremenjeni?	Da.	178	86,0
	Ne.	29	14,0
Ali nameravate zapustiti svoje trenutno delovno mesto?	Da, v naslednjih 6 mesecih.	21	10,1

Spremenljivka	Možne vrednosti	n	%
	Da, v naslednjem letu.	45	21,7
	Tega ne načrtujem.	141	68,1
Ali je zasedenost delovnih mest na področju zdravstvene nege in oskrbe v vaši ustanovi ustrezna?	Da.	12	5,8
	Ne.	195	94,2

Opombe: n – število, % – odstotek

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati analize zadovoljstva zaposlenih z delovnim mestom, izbranim poklicem in timskim delom v ustanovi. Anketiranci so najbolj zadovoljni s poklicem, za katerega so se izobrazili, s povprečno oceno 3,93 (SO = 0,866). S sedanjim delovnim mestom so zadovoljni nekoliko manj, s povprečno oceno 3,49 (SO = 0,932). Najnižjo povprečno oceno zadovoljstva (3,36; SO = 0,915) so podali glede timskega dela v svoji ustanovi (tabela 3).

Tabela 3: Zadovoljstvo zaposlenih z delovnim mestom, poklicem in timskim delom

Spremenljivke	Min	Maks	PV	SO
V kolikšni meri ste zadovoljni s sedanjim delovnim mestom?	1	5	3,49	0,932
Neodvisno od vašega delovnega mesta, v koliki meri ste zadovoljni s poklicem, za katerega ste se izobrazili?	1	5	3,93	0,866
V kolikšni meri ste zadovoljni s timskim delom v svoji ustanovi?	1	5	3,36	0,915

Opombe: Min – najnižja vrednost, Maks – najvišja vrednost, PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; 5 – zelo zadovoljen; = zadovoljen; 3 – neodločen; 2 – nezadovoljen; 1 – zelo nezadovoljen

3.4.1 Neizvedena zdravstvena nega in oskrba: Rezultati analize vprašalnika BERNCA-R

V tem delu so predstavljeni rezultati analize neizvedene zdravstvene nege in oskrbe, pridobljeni s pomočjo merskega instrumenta BERNCA-R.

V tabeli 4 so predstavljeni rezultati analize pogostosti neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe, ki so jih zaposleni poročali v zadnjih sedmih delovnih dneh, merjeni z vprašalnikom BERNCA-R. Pri nadaljnjih analizah nismo upoštevali odgovorov z vrednostjo 0 = ni potrebno (tega na svojem delovnem mestu ne opravljate), saj ti odgovori ne predstavljajo neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe. Pri analizi smo za vsako trditev vprašalnika BERNCA-R uporabili hi-kvadrat test enake verjetnosti, da bi preverili, ali se frekvence odgovorov pomembno razlikujejo od enakomerno porazdeljene porazdelitve (tj. da bi bile vse možnosti odgovorov enako pogoste).

Rezultati hi-kvadrat testa enake verjetnosti kažejo, da so med najpogostejše poročanimi neizvedenimi aktivnostmi zdravstvene nege in oskrbe, po oceni zaposlenih, trening za kontinenco, zaradi katerega so morali stanovalcem namestiti plenice ($PV = 2,72$; $SO = 1,022$; $\chi^2 = 9,61$; $p = 0,022$), neustrezno spremljanje zmedenih stanovalcev, ki so zaradi pomanjkljive pozornosti begali ($PV = 2,33$; $SO = 0,914$; $\chi^2 = 29,75$; $p < 0,001$) ter neustrezna aktivacija ali rehabilitacijska oskrba ($PV = 2,28$; $SO = 0,801$; $\chi^2 = 52,667$; $p < 0,001$). Statistično značilni rezultati ($p < 0,05$) kažejo, da je za posamezno aktivnost zdravstvene nege porazdelitev odgovorov neenakomerna, kar pomeni, da so zaposleni pri teh nalogah pomembno pogostejše poročali o neizvajanju in da zaznane neizvedene aktivnosti ne nastopajo naključno, ampak morda odražajo dejansko pogostejše primere pomanjkanja časa, kadra ali drugih virov. Po drugi strani pa so zaposleni redkeje poročali o težavah pri dajanju predpisanih zdravil ali infuzij ob priporočenem času ($PV = 1,61$; $SO = 0,747$; $\chi^2 = 73,11$; $p < 0,001$) ter o težavah pri ustrezni pomoči pri zaužitju hrane ($PV = 1,48$; $SO = 0,776$; $\chi^2 = 154,75$; $p < 0,001$), kar morda pomeni rednejše in doslednejše izvajanje teh delovnih nalog.

Tabela 4: Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe

Kako pogosto se vam je v zadnjih 7 dneh zgodilo, da ...	Min	Maks	PV	SO	χ^2	s. p.	p
1... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne posteljne kopeli oz. kopanja?	1	4	1,60	0,757	94,00	3	<0,001
2... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne jutranje nege?	1	4	1,66	0,854	87,73	3	<0,001
3... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne zdravstvene nege kože?	1	4	1,78	0,777	66,38	3	<0,001
4... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne ustne nege ali higijene zob?	1	4	2,25	0,947	20,48	3	<0,001
5...pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne menjave osebne perila?	1	4	1,93	0,816	62,17	3	<0,001
6... stanovalcu, ki ne more jesti samostojno, niste mogli ustrezno pomagati pri zaužitju hrane?	1	4	1,48	0,776	154,75	3	<0,001
7... delno pokretnega ali nepokretnega stanovalca niste uspeli ustrezno mobilizirati (transport na voziček)?	1	4	2,15	0,770	80,57	3	<0,001
8... delno pokretnemu ali nepokretnemu stanovalcu niste uspeli spremeniti položaja/lege telesa?	1	4	1,91	0,833	57,78	3	<0,001
9... v ustreznem časovnem obdobju niste uspeli zamenjati stanovalčevega posteljne perila, ki je bilo močno umazano od urina, blata ali bruhanja?	1	4	1,57	0,718	110,53	3	<0,001
10.... stanovalcu niste uspeli zagotoviti čustvene ali psihosocialne podpore, čeprav se vam je zdela potrebna (npr. spoprijemanje z negotovostjo in strahom zaradi bolezni, občutek odvisnosti)?	1	4	2,29	0,872	51,70	3	<0,001

Kako pogosto se vam je v zadnjih 7 dneh zgodilo, da ...	Min	Maks	PV	SO	χ^2	s. p.	p
11.... se s stanovalcem in/ali njegovo družino niste uspeli ustrezno pogovoriti?	1	4	2,16	0,815	17,45	3	<0,001
12.... stanovalca niste mogli zadostno seznaniti z načrtovano zdravstveno nego ali oskrbo?	1	4	2,15	0,894	42,79	3	<0,001
13.... stanovalcev niste mogli privaditi na stranišče ali izvesti treninga za kontinenco in ste jim zato morali namestiti plenice?	1	4	2,72	1,022	9,61	3	0,022
14.... stanovalce niste mogli zagotoviti ustrezne aktivacije ali rehabilitacijske oskrbe?	1	4	2,28	0,801	52,667	3	<0,001
15.... stanja stanovalcev niste uspeli spremljati tako pozorno, kot so to predpisali zdravniki?	1	4	2,07	0,864	43,36	3	<0,001
16.... stanja stanovalcev niste uspeli spremljati tako pozorno, kot se vam je zdelo potrebno?	1	4	2,20	0,908	32,24	3	<0,001
17.... zmedenih stanovalcev niste uspeli spremljati dovolj pozorno, zato so bili begavi?	1	4	2,33	0,914	29,75	3	<0,001
18.... zmedenih stanovalcev niste uspeli spremljati dovolj pozorno in ste jim morali dati pomirjevala?	1	4	2,12	0,961	24,57	3	<0,001
19.... ste morali odložiti določene aktivnosti zaradi podajanja informacij svojcem?	1	4	2,45	0,835	54,05	3	<0,001
20.... predpisanega zdravila in/ali infuzije niste uspeli dati ob priporočenem času?	1	4	1,61	0,747	73,11	3	<0,001
21.... stanovalcem niste uspeli previti rane?	1	4	1,66	0,897	57,52	3	<0,001
22.... stanovalce niste uspeli pripraviti na preiskave ali terapije?	1	4	1,74	0,849	70,09	3	<0,001
23.... ste morali stanovalca, ki vas je poklical, pustiti čakati več kot 5 minut?	1	4	2,35	0,861	76,47	3	<0,001
24.... niste uspeli vzdrževati ustrezne higijene rok?	1	4	1,55	0,831	140,19	3	<0,001
25.... niste uspeli ravnati skladno z ukrepi za razkuževanje?	1	4	1,56	0,836	133,40	3	<0,001
26.... niste imeli dovolj časa za prebiranje raporta, da bi se lahko na začetku svoje izmene seznanili s stanjem stanovalcev?	1	4	1,86	0,810	77,44	3	<0,001
27.... niste uspeli pripraviti načrta zdravstvene nege in oskrbe za stanovalca?	1	4	1,99	0,811	51,69	3	<0,001
28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	1	4	1,98	0,801	74,11	3	<0,001

Opombe: Min – najnižja vrednost, Maks – najvišja vrednost, PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon, χ^2 – hi-kvadrat test enake verjetnosti, s. p. – stopnje prostosti, p – statistična značilnost; 1 – nikoli (0 x v 7 dneh), 2 – redko (1–2 x v 7 dneh), 3 – včasih (3–4 x v 7 dneh); 4 – pogosto (5 x in več v 7 dneh)

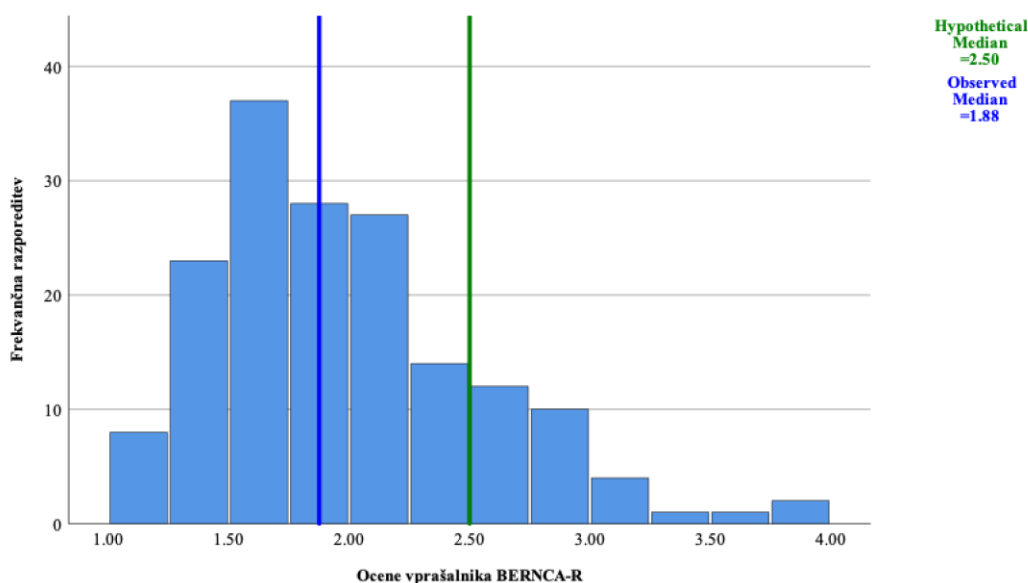
Rezultati Kolmogorov-Smirnov testa ($p = 0,001$) kažejo, da so odstopanja podatkov od normalne porazdelitve statistično značilna, zato smo uporabili neparametrične statistične metode, ki ne temeljijo na predpostavki normalnosti podatkov. Rezultati Wilxonovega testa predznačenih rangov za združeno spremenljivko neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe (BERNCA-R) kažejo, da se mediana opazovanih vrednosti ($Me = 1,88$) statistično značilno razlikuje od hipotetične mediane, ki je bila postavljena na 2,50 ($p < 0,001$). Hipotetična vrednost 2,50 predstavlja srednjo točko med odgovoroma redko (1–2 x v 7 dneh) in včasih (3–4 x v 7 dneh), kar pomeni, da zaposleni v zdravstveni negi v

domovih za starejše poročajo o statistično značilno nižji pogostosti neizvedenih aktivnosti, kot je bila predvidena hipotetična vrednost (tabela 5).

Tabela 5: Rezultati Wilcoxonovega testa predznačenih rangov za primerjavo mediane vprašalnika BERNCA-R

Skupni n	Statistika testa	Standardna napaka	Standardizirana vrednost testa	p
167	1439,000	625,780	-8,909	< 0,001

Rezultati tako kažejo, da je pogostost neizvedbe aktivnosti v povprečju bližje odgovoru redko (Slika 2). Razporeditev je nekoliko asimetrična, saj se ocene večinoma združujejo pri nižjih vrednostih vprašalnika, kar lahko pomeni, da zaposleni pogosteje poročajo o manj pogosti neizvedbi aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe.



Slika 2 : Frekvenčna razporeditev ocen vprašalnika BERNCA-R z označeno hipotetično in opazovano mediano

3.4.2 Preverjanje hipotez

Hipoteza H1: Pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki opravljajo večizmensko delo, je manj neizvedene zdravstvene nege in oskrbe.

Za preverjanje prve hipoteze smo uporabili Mann-Whitneyjev U-test, s katerim smo primerjali porazdelitev vrednosti vprašalnika BERNCA-R med zaposlenimi, ki opravljajo enoizmensko delo, in tistimi, ki opravljajo večizmensko delo. Namen analize je bil ugotoviti, ali obstaja statistično značilna razlika v pogostosti poročanja o neizvedenih aktivnostih zdravstvene nege in oskrbe glede na obliko delovnega časa.

Rezultati analize, prikazani v tabeli 6, kažejo, da ni bilo statistično značilnih razlik v mediani vrednosti vprašalnika BERNCA-R med zaposlenimi, ki opravljajo enoizmensko delo ($Me = 1,82$; $IQR = 1$), in zaposlenimi, ki opravljajo večizmensko delo ($Me = 1,93$; $IQR = 1$), $U = 1966,5$, $Z = -0,146$, $p = 0,884$.

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko zaključimo, da ni statistično značilne povezave med obliko delovnega časa in pogostostjo neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe, kot so jo zaznali zaposleni. Hipoteza H1 ni potrjena.

Tabela 6: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na delovni čas anketirancev

Spremenljivka		n	Me	IQR	U-test	Z-vrednost	p
Delovni čas	Enoizmensko delo	40	1,82	1	1966,5	-0,146	0,884
	Večizmensko delo	167	1,93	1			

Opombe: n – število anketirancev; Me – mediana; IQR – interkvartilni razmik; U – Mann-Whitneyjev U-test; Z – Z-test; p – statistična značilnost

Hipoteza H2: Pri zaposlenih v zdravstveni negi z več delovnimi izkušnjami na trenutnem delovnem mestu je manj neizvedene zdravstvene nege in oskrbe.

Za preverjanje druge hipoteze smo uporabili Spearmanov koeficient korelacije, saj gre za oceno povezanosti med dvema ordinalnima spremenljivkama: dolžino delovne dobe na trenutnem delovnem mestu in skupno oceno vprašalnika BERNCA-R, ki meri pogostost neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe. Rezultati analize (tabela 7) kažejo na statistično značilno, a šibko negativno korelacijo med delovno dobo in pogostostjo neizvedenih aktivnosti ($r_s = -0,211$; $p = 0,006$). To pomeni, da zaposleni z daljšimi delovnimi izkušnjami pogosteje poročajo o manj neizvedenih aktivnostih. Na podlagi dobljenih rezultatov lahko hipotezo H2 potrdimo.

Tabela 7: Povezava med delovnimi izkušnjami anketirancev in njihovo oceno neizvedene zdravstvene nege in oskrbe

Spremenljivka	Koeficient korelacije	BERNCA-R neizvedena zdravstvena nega in oskrba	P
Delovne izkušnje na trenutnem delovnem mestu (v letih)	rs	-0,211	0,006

Opombe: rs – Spearmanov koeficient korelacije; p – statistična značilnost

Hipoteza H3: Višja, kot je izobrazba zaposlenih v zdravstveni negi, nižja je pojavnost neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe.

Za preverjanje tretje hipoteze smo uporabili Kruskal-Wallisov H-test, saj smo želeli primerjati več skupin zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe (poklicna, srednja, višja/visoka strokovna izobrazba) in ugotoviti, ali se med njimi pojavljajo statistično značilne razlike v pogostosti poročanih neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe, merjene z vprašalnikom BERNCA-R (tabela 8). Iz analize smo izpustili anketirance z univerzitetno izobrazbo in magistrskim študijem (2. bolonjska stopnja), ker je velikost te skupine premajhna ($n = 2$), da bi omogočila zanesljivo statistično analizo in primerjave med skupinami. Slednje lahko vodi do izkrivljenih rezultatov, saj omejuje moč analize in zanesljivost sklepov. Rezultati kažejo, da med skupinami z različnimi stopnjami izobrazbe ni statistično značilnih razlik v mediani neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe ($H = 0,606$; $p = 0,739$). Mediane za poklicno izobrazbo ($Me = 1,84$), srednjo izobrazbo ($Me = 1,93$) in višjo ali visoko strokovno izobrazbo ($Me = 1,81$) so si zelo podobne, kar nakazuje, da stopnja izobrazbe ni pomemben dejavnik pri pogostosti neizvedenih aktivnosti.

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko zaključimo, da hipoteza H3 ni potrjena, saj izobrazba zaposlenih v zdravstveni negi ni statistično značilno povezana s pogostostjo neizvedenih aktivnosti.

Tabela 8: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na izobrazbo anketirancev

Spremenljivke		n	Me	IQR	H-test	s. p.	p
Najvišja stopnja izobrazbe	Poklicna	74	1,84	1	0,606	2	0,739
	Srednja izobrazba	101	1,93	1			
	Višja strokovna izobrazba, visoka strokovna izobrazba	30	1,81	1			

Opombe: Me – mediana; IQR – interkvartilni razmik; H-test – Kruskal-Wallisov test; s. p. – stopnja prostosti; p – statistična značilnost

Hipoteza H4: Dokumentiranje zdravstvene nege in oskrbe je po oceni zaposlenih v zdravstveni negi najpogostejše izpuščena aktivnost.

Za preverjanje hipoteze 4 smo uporabili Friedmanov test, ki je neparametrični test za primerjavo več povezanih vzorcev. S tem testom smo preverjali, ali obstajajo statistično značilne razlike v povprečnih rangih med posameznimi aktivnostmi, navedenimi v vprašalniku BERNCA-R, glede na pogostost njihove neizvedbe.

Tabela 9 prikazuje povprečne vrednosti rangov in statistično značilnost razlik med vsemi 28 trditvami vprašalnika BERNCA-R glede na pogostost njihove neizvedbe. Rezultati Friedmanovega testa ($\chi^2 = 326,260$; $p < 0,001$) kažejo, da obstajajo statistično značilne razlike med rangiranimi ocenami vseh 28 trditev vprašalnika BERNCA-R. Povprečna vrednost rangov za trditev 28 (»niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe«) znaša 14,70, kar pomeni, da ta aktivnost ni bistveno bolj izpostavljena v primerjavi z ostalimi trditvami.

Tabela 9: Rezultati Friedmanovega testa za rangiranje neizvedenih aktivnosti vprašalnika BERNCA-R

Statistika testa (χ^2)	Stopnja prostosti	p
326,260	27	< 0,001

Ker je Friedmanov test pokazal statistično značilne razlike med rangiranimi ocenami ($\chi^2 = 326,260$; $p < 0,001$), smo izvedli Durbin-Conover post-hoc test za natančnejšo analizo razlik med posameznimi pari trditev vprašalnika (tabela 10). Durbin-Conover post-hoc test je bil izbran, ker je primeren za neparametrične ponovljene meritve in omogoča parne primerjave med več povezanimi vzorci. S to analizo smo lahko identificirali, med

katerimi trditvami obstajajo statistično značilne razlike v povprečnih rangih. Rezultati kažejo, da dokumentiranje in vrednotenje zdravstvene nege (trditev številka 28) ni bilo statistično značilno pogostejše izpuščeno v primerjavi z večino drugih aktivnosti. To potrjujejo tudi povprečne vrednosti in standardni odkloni iz deskriptivne analize (tabela 4). Aktivnosti, kot so menjava osebne perila (PV = 1,93), preprečevanje okužb (PV = 1,56), vzdrževanje higiene rok (PV = 1,55) in priprava posteljne nege (PV = 1,60), so bile ocenjene z nižjimi povprečji, kar pomeni, da so bile manj pogosto neizvedene v primerjavi z dokumentiranjem.

Na podlagi rezultatov tako ni mogoče potrditi, da je bilo dokumentiranje najpogostejše izpuščena aktivnost. Zato hipotezo H4 zavrnamo.

Tabela 10: Parne primerjave v ocenah neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege

Parne primerjave – vprašalnik BERNCA-R		D-C Q	p
1... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne posteljne kopeli oz. kopanja?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	4,973	< 0,001
2... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne jutranje nege?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	2,006	0,045
3... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne zdravstvene nege kože?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	2,099	0,036
4.... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne ustne nege ali higiene zob?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	3,160	0,002
6.... stanovalcu, ki ne more jesti samostojno, niste mogli ustrezno pomagati pri zaužitju hrane?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	5,252	< 0,001
7.... delno pokretnega ali nepokretnega stanovalca niste uspeli ustrezno mobilizirati (transport na voziček)?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	2,021	0,043
9.... v ustreznem časovnem obdobju niste uspeli zamenjati stanovalčevega posteljne perila, ki je bilo močno umazano od urina, blata ali bruhanja?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	3,888	< 0,001
20....predpisanega zdravila in/ali infuzije niste uspeli dati ob priporočenem času?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	4,206	< 0,001
21.... stanovalcem niste uspeli previti rane?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	3,741	< 0,001
23.... ste morali stanovalca, ki vas je poklical, pustiti čakati več kot 5 minut?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	2,277	0,023

Parne primerjave – vprašalnik BERNCA-R		D-C Q	p
24.... niste uspeli vzdrževati ustrezne higiene rok?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	2,231	0,026
25.... niste uspeli ravnati skladno z ukrepi za razkuževanje?	28.... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?	2,657	0,008

Opombe: D-C Q – Durbin-Conover post-hoc test za parne primerjave; p – statistična značilnost

Hipoteza H5: Zaposleni v zdravstveni negi, ki menijo, da so bolj obremenjeni pri svojem delu, imajo več neizvedene zdravstvene nege in oskrbe.

Za preverjanje hipoteze 5 smo izvedli Mann-Whitneyjev U-test. Rezultate predstavljamo v tabeli 11. Rezultati kažejo, da med zaposlenimi, ki menijo, da so preobremenjeni pri delu, in tistimi, ki tega ne menijo, ni statistično značilnih razlik v mediani neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe ($U = 963,5$; $Z = -1,649$; $p = 0,099$). Čeprav je mediana za preobremenjene zaposlene nekoliko višja ($Me = 1,94$) kot za tiste, ki ne poročajo o preobremenjenosti ($Me = 1,65$), ta razlika ni statistično značilna.

Na podlagi rezultatov hipoteza H5 ni potrjena, saj preobremenjenost pri delu ni povezana z večjo pojavnostjo neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe v naši raziskavi.

Tabela 11: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na preobremenjenost z delom anketirancev

Spremenljivka		n	Me	IQR	U-test	Z-vrednost	p
Preobremenjenost pri delu	Da	178	1,94	1	963,5	-1,649	0,099
	Ne	29	1,65	1			

Opombe: n – število anketirancev; Me – mediana; IQR – interkvartilni razmik; U – Mann-Whitneyjev U-test; Z – Z-test; p – statistična značilnost

Hipoteza H6: Pojavnost neizvedene zdravstvene nege in oskrbe je manj prisotna pri tistih zaposlenih v zdravstveni negi, ki so bolj zadovoljni s sedanjim delovnim mestom.

Za preverjanje hipoteze H6 smo uporabili Kruskal-Wallisov H-test, ker smo želeli preveriti statistično značilne razlike v frekvenci neizvedenih aktivnosti med skupinami zaposlenih, ki se razlikujejo glede na stopnjo zadovoljstva z delovnim mestom (tabela 12). Zaradi nezadostne velikosti skupine ($n = 1$) smo iz nadaljnje analize izločili anketiranca, ki je navedel odgovor »1 = zelo nezadovoljen«. Zato so v nadaljevanju

vključeni zgolj odgovori z vrednostmi od 2 do 5. Kruskal-Wallisov test namreč zahteva primerjavo med skupinami z več kot enim opazovanjem, saj v nasprotnem primeru ni mogoče oceniti variance znotraj skupine niti ustrezno primerjati razlik med skupinami. Rezultati Kruskal-Wallisovega H-testa ($H = 34,471$; $p < 0,001$) kažejo, da obstajajo statistično značilne razlike v frekvenci neizvedenih aktivnosti med skupinami zaposlenih, ki se razlikujejo glede na stopnjo zadovoljstva z delovnim mestom. Mediana neizvedenih aktivnosti je najvišja pri nezadovoljnih zaposlenih ($Me = 2,45$) in najnižja pri zelo zadovoljnih zaposlenih ($Me = 1,68$).

Tabela 12: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na zadovoljstvo z delovnim mestom

Spremenljivke		n	Me	IQR	H-test	s. p.	p
Zadovoljstvo z delovnim mestom	2 = nezadovoljen	40	2,45	1	34,471	4	<0,001
	3 = neodločen	41	2,07	1			
	4 = zadovoljen	104	1,75	1			
	5 = zelo zadovoljen	21	1,68	1			

Opombe: Me – mediana; IQR – interkvartilni razmik; H-test – Kruskal-Wallisov test; s. p. – stopnja prostosti; p – statistična značilnost

Ker je Kruskal-Wallisov test potrdil obstoj statistično značilnih razlik med skupinami, bomo za natančnejšo identifikacijo razlik med posameznimi pari skupin izvedli Dwass-Steel-Critchlow-Fligner post-hoc test (tabela 13). Ta analiza nam je omogočila določiti, med katerimi stopnjami zadovoljstva z delovnim mestom se pojavnost neizvedene zdravstvene nege in oskrbe statistično značilno razlikuje (tabela 13). Rezultati kažejo, da so statistično značilne razlike prisotne med nezadovoljnimi (2) in zadovoljnimi (4) ($W = -6,54$; $p < 0,001$) ter med nezadovoljnimi (2) in zelo zadovoljnimi (5) ($W = -5,79$; $p < 0,001$). Prav tako je bila statistično značilna razlika ugotovljena med neodločenimi (3) in zadovoljnimi (4) ($W = -4,03$; $p = 0,036$) ter med neodločenimi (3) in zelo zadovoljnimi (5) ($W = -4,53$; $p = 0,012$). Med zadovoljnimi (4) in zelo zadovoljnimi (5) pa ni bilo ugotovljenih statistično značilnih razlik ($W = 0,919$; $p = 0,389$).

Na podlagi teh rezultatov lahko potrdimo hipotezo H6.

Tabela 13: Parne primerjave v ocenah neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege glede na zadovoljstvo z delovnim mestom

Parne primerjave – lestvica varnostne klime		W	p
2 = nezadovoljen	3 = neodločen	-2,47	0,406
2 = nezadovoljen	4 = zadovoljen	-6,54	< 0,001
2 = nezadovoljen	5 = zelo zadovoljen	-5,79	< 0,001
3 = neodločen	4 = zadovoljen	-4,03	0,036
3 = neodločen	5 = zelo zadovoljen	-4,53	0,012
4 = zadovoljen	5 = zelo zadovoljen	0,919	0,389

Opombe: W – testna statistika za parne primerjave; p – statistična značilnost

Hipoteza H7: Pojavnost neizvedene zdravstvene nege in oskrbe je bolj prisotna pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki nameravajo zapustiti trenutno delovno mesto.

Za preverjanje hipoteze 7 smo uporabili Kruskal-Wallisov H-test, saj smo želeli ugotoviti, ali obstajajo statistično značilne razlike v pojavnosti neizvedene zdravstvene nege in oskrbe med skupinami zaposlenih glede na njihovo namero zapustiti trenutno delovno mesto (tabela 14). Rezultati kažejo ($H = 16,972$; $p < 0,001$), da obstajajo statistično značilne razlike v pojavnosti neizvedene zdravstvene nege in oskrbe med skupinami zaposlenih glede na njihovo namero zapustiti trenutno delovno mesto. Mediana ocen neizvedenih aktivnosti je najvišja pri zaposlenih, ki nameravajo zapustiti delovno mesto v naslednjih 6 mesecih ($Me = 2,39$), sledijo tisti, ki nameravajo oditi v naslednjem letu ($Me = 2,23$), medtem ko je pojavnost najnižja pri zaposlenih, ki tega ne načrtujejo ($Me = 1,77$).

Tabela 14: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na namero zapustitve delovnega mesta

Spremenljivke		n	Me	IQR	H-test	s. p.	p
Ali nameravate zapustiti svoje trenutno delovno mesto?	Da, v naslednjih 6 mesecih.	21	2,39	1	16,972	2	< 0,001
	Da, v naslednjem letu.	45	2,23	1			
	Tega ne načrtujem.	141	1,77	1			

Opombe: Me – mediana; IQR – interkvartilni razmik; H-test – Kruskal-Wallisov test; s. p. – stopnja prostosti; p – statistična značilnost

Statistično značilne razlike bodo nadalje natančneje preučene z uporabo Dwass-Steel-Critchlow-Fligner post-hoc testa, ki omogoča parne primerjave med skupinami (tabela 15). Rezultati kažejo, da zaposleni, ki ne načrtujejo odhoda z delovnega mesta, poročajo

o statistično značilno nižji pojavnosti neizvedenih aktivnosti v primerjavi z zaposlenimi, ki nameravajo zapustiti delovno mesto v naslednjih 6 mesecih ($W = -3,937$; $p = 0,015$) in v naslednjem letu ($W = -4,879$; $p = 0,002$). Razlika med zaposlenimi, ki načrtujejo odhod v naslednjih 6 mesecih in v naslednjem letu, ni bila statistično značilna ($W = -0,786$; $p = 0,844$).

Na podlagi teh rezultatov lahko potrdimo hipotezo H7.

Tabela 15: Parne primerjave v ocenah neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege glede na namero zapustitve delovnega mesta

Parne primerjave – lestvica varnostne klime		W	p
Da, v naslednjih 6 mesecih.	Da, v naslednjem letu.	-0,786	0,844
Da, v naslednjih 6 mesecih.	Tega ne načrtujem.	-3,937	0,015
Da, v naslednjem letu.	Tega ne načrtujem.	-4,879	0,002

Opombe: W – testna statistika za parne primerjave; p – statistična značilnost

Hipoteza H8: Pojavnost neizvedene zdravstvene nege in oskrbe je bolj prisotna pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo mesečno opravljenih več kot 20 nadur.

Za preverjanje hipoteze 8 smo izvedli Mann-Whitney U-test, s katerim smo primerjali pojavnost neizvedene zdravstvene nege in oskrbe med zaposlenimi $z \leq 20$ nadurami in zaposlenimi $z > 20$ nadurami mesečno. S tem smo želeli ugotoviti, ali obstajajo statistično značilne razlike med skupinama glede na frekvenco poročanih neizvedenih aktivnosti. Rezultate prikazujemo v tabeli 16. Rezultati Mann-Whitneyjevega U-testa so pokazali, da ni statistično značilnih razlik v pojavnosti neizvedene zdravstvene nege in oskrbe med zaposlenimi v zdravstveni negi, ki opravijo 20 ali manj nadur ($Me = 1,96$), in tistimi, ki opravijo več kot 20 nadur ($Me = 2,33$; $U = 1002,0$; $Z = -1,797$; $p = 0,072$).

Tabela 16: Razlike v neizvedeni zdravstveni negi in oskrbi glede na opravljene nadure

Spremenljivka		n	Me	IQR	U-test	Z-vrednost	p
Nadure	≤ 20	162	1,96	1	1002,0	-1,797	0,072
	> 20	45	2,33	1			

Opombe: n – število anketirancev; Me – mediana; IQR – interkvartilni razmik; U – Mann-Whitneyjev U-test; Z – Z-test; p – statistična značilnost

Za nadaljnjo preverjanje odnosa med številom opravljenih nadur in pojavnostjo neizvedene zdravstvene nege bomo izvedli Spearmanov koeficient korelacije (tabela 17). Rezultati kažejo na šibko, a statistično značilno pozitivno povezanost ($r_s = 0,267$; $p < 0,001$) med številom opravljenih nadur in pojavnostjo neizvedene zdravstvene nege in oskrbe. To pomeni, da se z naraščanjem števila opravljenih nadur povečuje tudi pojavnost neizvedenih aktivnosti.

Na podlagi teh rezultatov lahko zaključimo, da hipoteza H8 ni potrjena.

Tabela 17: Povezava med številom nadur anketirancev in njihovo oceno neizvedene zdravstvene nege in oskrbe

Spremenljivka	Koeficient korelacije	BERNCA-R neizvedena zdravstvena nega in oskrba	P
Število opravljenih nadur	r_s	0,267	$< 0,001$

Opombe: r_s – Spearmanov koeficient korelacije; p – statistična značilnost

3.4.3 Razlogi za neizvedeno zdravstveno nego in oskrba: Rezultati analize vprašalnika MISSCARE

V tabeli 18 so predstavljeni rezultati analize vzrokov za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo, ki so jih zaposleni poročali s pomočjo vprašalnika MISSCARE. Rezultati vključujejo ocene pomembnosti posameznih vzrokov, ocenjenih na podlagi štiristopenjske Likertove lestvice. Hi-kvadrat test enake verjetnosti je bil v tem primeru uporabljen za preverjanje, ali se porazdelitev odgovorov o pomembnosti posameznih razlogov statistično značilno razlikuje od enakomerno porazdeljene porazdelitve. Statistično značilni rezultati ($p < 0,05$) pomenijo, da so zaposleni določene razloge prepoznali kot pomembnejše od drugih, kar potrjuje, da ti dejavniki niso bili izbrani naključno, ampak jih zaposleni dejansko doživljajo kot ključne ovire za izvajanje kakovostne zdravstvene nege in oskrbe. Rezultati kažejo, da so med najpomembnejšimi razlogi za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo po oceni zaposlenih neustrezna podpora s strani vodij ($PV = 2,93$; $SO = 1,075$; $\chi^2 = 26,48$; $p < 0,001$), neustrezno število kadra ($PV = 2,77$; $SO = 0,630$; $\chi^2 = 3211,12$; $p < 0,001$) in čustvena ter fizična izčrpanost ($PV = 2,57$; $SO = 0,768$; $\chi^2 = 188,43$; $p < 0,001$). Po drugi strani pa so med najmanj pomembnimi razlogi za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo pomanjkanje zdravil ob

potrebi (PV = 1,57; SO = 1,165; $\chi^2 = 8,60$; $p = 0,035$), neenakomerno število aktivnosti pri stanovalcih (PV = 1,79; SO = 1,042; $\chi^2 = 14,58$; $p = 0,002$) in neustrezna predaja dela med izmenami (PV = 1,77; SO = 1,109; $\chi^2 = 19,30$; $p < 0,001$).

Tabela 18: Razlogi za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo

Spremenljivke	Min	Maks	PV	SO	χ^2	s. p.	p
1) Neustrezno število kadra.	0	3	2,77	0,630	321,12	3	< 0,001
2) Nujno stanje stanovalca (npr. poslabšanje, padec ...).	0	3	1,85	1,064	17,65	3	< 0,001
3) Nepričakovano povečanje števila ostalih motečih dejavnikov (telefonski klici, obiski svojcev).	0	3	1,94	0,995	26,24	3	< 0,001
4) Timsko nesodelovanje med zaposlenimi na oddelku.	0	3	2,07	1,052	48,50	3	< 0,001
5) Neenakomerno število aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe pri stanovalcu.	0	3	1,79	1,042	14,58	3	0,002
6) Zdravila niso bila na voljo, ko so bila potrebna.	0	3	1,57	1,165	8,60	3	0,035
7) Neustrezna predaja dela med delovnimi izmenami ali pri predaji stanovalca.	0	3	1,77	1,109	19,30	3	< 0,001
8) Drugi oddelki niso izvajali potrebne oskrbe (stanovalci niso bili okopani).	0	3	1,77	1,044	11,16	3	< 0,001
9) Pripomočki/oprema niso bili na voljo, ko so bili potrebni.	0	3	2,22	0,916	74,71	3	< 0,001
10) Pripomočki/oprema niso ustrezno delovali.	0	3	2,23	0,900	74,17	3	< 0,001
11) Pomanjkanje podpore s strani članov tima.	0	3	1,98	0,978	34,17	3	< 0,001
12) Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z drugimi enotami/oddelki/ambulanto.	0	3	1,97	0,962	32,14	3	< 0,001
13) Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji znotraj tima zdravstvene nege in oskrbe.	0	3	2,04	0,939	43,07	3	< 0,001
14) Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z zdravstvenim timom.	0	3	2,04	0,942	43,07	3	< 0,001
15) Zdravstveni kader ni sporočil, da zdravstvena nega in oskrba ni bila izvedena	0	3	2,07	0,998	44,04	3	< 0,001
16) Zaradi bolniških odsotnosti, dopustov in drugih opravičljivih razlogov ni bilo na voljo dovolj kadra	0	3	2,52	0,876	188,24	3	< 0,001
17) Povečanje števila sprejemov in odpustov v enoti/ oddelku/ ambulant	0	3	1,92	1,003	24,34	3	< 0,001
18) Čustvena in fizična izčrpanost	0	3	2,57	0,768	188,43	3	< 0,001
19) Neustrezen nadzor nad delom zdravstvenega tima	0	3	1,96	1,018	28,33	3	< 0,001
20) Motnje/ večopravilnost	0	3	2,14	0,925	53,45	3	< 0,001
21) Pomanjkanje namigov/ opozoril	0	3	1,91	0,932	32,36	3	< 0,001
22) Neustrezna podpora s strani vodij	1	4	2,93	1,075	26,48	3	< 0,001

Opombe: Min – najnižja vrednost, Maks – najvišja vrednost, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, χ^2 – hi-kvadrat test enake verjetnosti, s. p. – stopnje prostosti, p – statistična značilnost

Rezultati Kolmogorov-Smirnov testa s $p = 0,006$ kažejo, da so odstopanja podatkov od normalne porazdelitve statistično značilna, zato smo v nadaljevanju uporabili neparametrične statistične metode.

V okviru raziskave smo želeli odgovoriti tudi na raziskovalno vprašanje, ki se glasi: »Kateri so vzroki za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo?«

V nadaljevanju predstavljamo rezultate analize trditev iz MISSCARE vprašalnika, ki se nanašajo na razloge za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo ter povezanost teh razlogov s starostjo zaposlenih in njihovo delovno dobo. Za preverjanje povezanosti smo uporabili Spearmanov koeficient korelacije (tabela 19). Rezultati Spearmanove korelacijske analize kažejo, da so povezave med starostjo zaposlenih in razlogi za neizvedeno zdravstveno nego večinoma šibke in statistično neznačilne. Izstopata le dve aktivnosti z negativno povezavo: »Drugi oddelki niso izvajali potrebne oskrbe (stanovalci niso bili okopani).« ($r_s = -0,171$; $p = 0,029$) in »Povečanje števila sprejemov in odpustov v enoti/oddleku/ambulantni.« ($r_s = -0,176$; $p = 0,025$). To pomeni, da starejši zaposleni redkeje navajajo te razloge kot težavo v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi.

Povezave med delovno dobo in razlogi za neizvedbo aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe so prav tako šibke in statistično neznačilne ($p > 0,05$), kar pomeni, da delovna doba nima pomembnega vpliva na zaznavanje teh težav.

Tabela 19: Povezava med starostjo in delovnimi izkušnjami anketirancev z njihovo oceno razlogov neizvedene zdravstvene nege in oskrbe

Spremenljivke	Starost		Delovna doba	
	r_s	p	r_s	p
1) Neustrezno število kadra.	0,007	0,929	0,084	0,286
2) Nujno stanje stanovalca (npr. poslabšanje, padec ...).	-0,149	0,058	-0,004	0,956
3) Nepričakovano povečanje števila ostalih motečih dejavnikov (telefonski klici, obiski svojcev).	-0,137	0,081	-0,026	0,745
4) Timsko nesodelovanje med zaposlenimi na oddelku.	-0,125	0,113	-0,054	0,490
5) Neenakomerno število aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe pri stanovalcu.	-0,147	0,060	-0,054	0,495
6) Zdravila niso bila na voljo, ko so bila potrebna.	-0,120	0,127	-0,020	0,797
7) Neustrezna predaja dela med delovnimi izmenami ali pri predaji stanovalca.	-0,070	0,377	0,077	0,330
8) Drugi oddelki niso izvajali potrebne oskrbe (stanovalci niso bili okopani).	-0,171	0,029	-0,018	0,816

Spremenljivke	Starost		Delovna doba	
	rs	p	rs	p
9) Pripomočki/oprema niso bili na voljo, ko so bili potrebni.	-0,097	0,218	-0,006	0,938
10) Pripomočki/oprema niso ustrezno delovali.	-0,078	0,325	0,093	0,239
11) Pomanjkanje podpore s strani članov tima.	-0,003	0,966	0,073	0,357
12) Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z drugimi enotami/oddelki/ambulanto.	-0,060	0,449	0,023	0,766
13) Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji znotraj tima zdravstvene nege in oskrbe.	-0,048	0,546	0,026	0,742
14) Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z zdravstvenim timom.	0,009	0,910	0,059	0,452
15) Zdravstveni kader ni sporočil, da zdravstvena nega in oskrba ni bila izvedena.	-0,092	0,242	0,034	0,668
16) Zaradi bolniških odsotnosti, dopustov in drugih opravičljivih razlogov ni bilo na voljo dovolj kadra.	-0,079	0,318	0,047	0,553
17) Povečanje števila sprejemov in odpustov v enoti/oddelku/ambulantni.	-0,176	0,025	-0,121	0,123
18) Čustvena in fizična izčrpanost.	-0,030	0,700	0,046	0,562
19) Neustrezen nadzor nad delom zdravstvenega tima.	-0,062	0,431	0,042	0,591
20) Motnje/večopravilnost.	-0,025	0,756	0,098	0,214
21) Pomanjkanje namigov/opozoril.	-0,033	0,678	0,028	0,724
22) Neustrezna podpora s strani vodij.	0,067	0,393	0,119	0,128

Opombe: rs – Spearmanov koeficient korelacije; p – statistična značilnost

Za analizo povezanosti med občutkom obremenjenosti zaposlenih v zdravstveni negi in pomembnostjo razlogov za neizvedeno zdravstveno nego smo uporabili binarno logistično regresijo. Rezultate predstavljamo v tabeli 20. Rezultati binarne logistične regresije kažejo, da je več dejavnikov statistično značilno povezanih z občutkom obremenjenosti zaposlenih v zdravstveni negi. Med razlogi, ki so imeli največji vpliv, sta »Neustrezno število kadra.« ($b = 2,096$, $p = 0,009$, $\text{Exp}(B) = 8,130$) in »Zdravstveni kader ni sporočil, da zdravstvena nega in oskrba ni bila izvedena.« ($b = 2,391$, $p = 0,003$, $\text{Exp}(B) = 10,920$). Poleg tega je bil pomemben dejavnik tudi »Zaradi bolniških odsotnosti, dopustov in drugih opravičljivih razlogov ni bilo na voljo dovolj kadra.« ($b = 1,811$, $p = 0,023$, $\text{Exp}(B) = 6,115$). Ostale spremenljivke niso dosegle statistične značilnosti ($p > 0,05$). Model je bil statistično značilen kot celota ($\chi^2 = 46,669$, $p = 0,002$) in je pojasnil med 25,6 % (Cox & Snell R^2) in 53,2 % (Nagelkerke R^2) variance v obremenjenosti zaposlenih. Hosmer-Lemeshowov test ($p = 0,621$) potrjuje dobro prilaganje modela podatkom.

Tabela 20: Povezava med obremenitvijo zaposlenih v zdravstveni negi in razlogi neizvedene aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe

Spremenljivke	b	S. E.	Waldov test	s. p.	p	Exp(B)	95 % interval zaupanja	
							Sp.	Zg.
1) Neustrezno število kadra.	2,096	0,806	6,758	1	0,009	8,130	1,675	39,466
2) Nujno stanje stanovalca (npr. poslabšanje, padec...).	0,713	0,651	1,197	1	0,274	2,040	0,569	7,312
3) Nepričakovano povečanje števila ostalih motečih dejavnikov (telefonski klici, obiski svojcev).	0,262	0,813	0,103	1	0,748	1,299	0,264	6,397
4) Timsko nesodelovanje med zaposlenimi na oddelku.	0,412	0,714	0,333	1	0,564	1,509	0,373	6,111
5) Neenakomerno število aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe pri stanovalcu.	-1,278	0,835	2,342	1	0,126	0,279	0,054	1,432
6) Zdravila niso bila na voljo, ko so bila potrebna.	-0,153	0,745	0,042	1	0,837	0,858	0,199	3,697
7) Neustrezna predaja dela med delovnimi izmenami ali pri predaji stanovalca.	-1,280	0,673	3,617	1	0,057	0,278	0,074	1,040
8) Drugi oddelki niso izvajali potrebne oskrbe (stanovalci niso bili okopani).	0,782	0,782	1,001	1	0,317	2,186	0,472	10,117
9) Pripomočki/oprema niso bili na voljo, ko so bili potrebni.	0,308	0,944	0,106	1	0,744	1,361	0,214	8,660
10) Pripomočki/oprema niso ustrezno delovali.	-0,159	1,037	0,024	1	0,878	0,853	0,112	6,514
11) Pomanjkanje podpore s strani članov tima.	1,024	1,042	0,966	1	0,326	2,785	0,361	21,482
12) Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z drugimi enotami/oddelki/ambulanto.	-0,429	1,513	0,080	1	0,777	0,651	0,034	12,633
13) Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji znotraj tima zdravstvene nege in oskrbe.	-0,695	1,622	0,183	1	0,669	0,499	0,021	12,002
14) Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z zdravstvenim timom.	-2,131	1,221	3,046	1	0,081	0,119	0,011	1,300

Spremenljivke	b	S. E.	Waldov test	s. p.	p	Exp(B)	95 % interval zaupanja	
							Sp.	Zg.
15) Zdravstveni kader ni sporočil, da zdravstvena nega in oskrba ni bila izvedena.	2,391	0,814	8,623	1	0,003	10,920	2,214	53,852
16) Zaradi bolniških odsotnosti, dopustov in drugih opravičljivih razlogov ni bilo na voljo dovolj kadra.	1,811	0,798	5,151	1	0,023	6,115	1,280	29,213
17) Povečanje števila sprejemov in odpustov v enoti/oddelku/ambulant.	-1,496	0,847	3,117	1	0,077	0,224	0,043	1,179
18) Čustvena in fizična izčrpanost.	-0,328	0,713	0,211	1	0,646	0,721	0,178	2,916
19) Neustrezen nadzor nad delom zdravstvenega tima.	0,215	0,883	0,059	1	0,808	1,240	0,220	7,003
20) Motnje/večopravnost.	-0,003	0,827	0,000	1	0,998	0,997	0,197	5,042
21) Pomanjkanje namigov/opozoril.	0,057	0,885	0,004	1	0,948	1,059	0,187	6,004
22) Neustrezna podpora s strani vodij.	-0,621	0,683	0,825	1	0,364	0,538	0,141	2,052

Opombe: b – regresijski koeficient; S. E. – standardna napaka regresijskega koeficienta; Waldov test – statistika Wald testa; s. p. – stopnja prostosti, p-vrednost – statistična značilnost; Exp(B) – razmerje verjetnosti

Za preučitev povezanosti med številom opravljenih nadur zaposlenih v zdravstveni negi in oceno pomembnosti dejavnika »neustrezno število kadra« smo uporabili Spearmanov koeficient korelacije (tabela 21). Rezultati kažejo, da ni statistično značilne povezanosti med številom opravljenih nadur in oceno pomembnosti dejavnika »neustrezno število kadra« ($r_s = 0,065$, $p = 0,412$).

Tabela 21: Povezava med številom nadur anketirancev in pomembnost neustreznega števila kadra za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo

Spremenljivka	Koeficient korelacije	Neustrezno število kadra	p
Število opravljenih nadur	r_s	0,065	0,412

Opombe: r_s – Spearmanov koeficient korelacije; p – statistična značilnost

Na podlagi teh rezultatov lahko sklepamo, da so po zaznavanju zaposlenih prav kadrovski dejavniki in organizacijska podpora tisti, ki najpogosteje prispevajo k temu, da določene aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe ostanejo neizvedene.

3.5 RAZPRAVA

Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege predstavljajo resno tveganje za kakovost in varnost oskrbe v domovih za starejše. V domovih v dolnjski regiji se najpogosteje opuščajajo naloge, povezane s čustveno podporo, pravočasnim odzivom na potrebe stanovalcev ter pomočjo pri osnovnih dnevnih opravilih. Ključni dejavniki, ki prispevajo k tem primanjkljajem, so preobremenjenost zaposlenih, kadrovska podhranjenost, visoka stopnja nadur ter slaba organizacija dela. Nezadovoljstvo z delovnim okoljem dodatno vpliva na učinkovitost izvajanja nege.

Rezultati raziskave so pokazali, da so zaposleni, ki delajo v večizmenskem delovnem režimu, poročali o večjem deležu neizvedenih aktivnosti v primerjavi z zaposlenimi, ki opravljajo enoizmensko delo. V naši raziskavi je bilo ugotovljeno, da so predvsem naloge, kot so dokumentiranje zdravstvene nege in oskrbe, tiste, ki jih pogosto zanemarijo zaposleni v večizmenskem delovnem režimu zaradi pomanjkanja časa. Večizmensko delo predstavlja enega ključnih dejavnikov, ki vplivajo na kakovost izvedbe zdravstvene nege in oskrbe. Ta ugotovitev je skladna z raziskavo Filej, et al. (2023), ki je pokazala, da je dokumentiranje zdravstvene nege ena najpogostejše izpuščenih aktivnosti zaradi preobremenjenosti in pomanjkanja časa, kar je še posebej izrazito pri zaposlenih v večizmenskem delu. Prav tako raziskava Škrbine in Zurc (2016) nakazuje, da večizmenski delovnik negativno vpliva na dobrobit zaposlenih, kar lahko vodi v utrujenost in posledično večjo pojavnost neizvedenih nalog. Ti izsledki poudarjajo potrebo po boljšem načrtovanju delovnih urnikov in optimizaciji delovne obremenitve, da bi zmanjšali pojavnost neizvedenih aktivnosti in izboljšali kakovost zdravstvene nege v domovih za starejše.

Zaposleni z manj delovnimi izkušnjami so poročali o večjem številu neizvedenih nalog. To je še posebej pomembno pri nalogah, ki zahtevajo specifične veščine, kot sta ocena stanja pacienta in odločanje v nujnih primerih. Pomanjkanje izkušenj lahko zmanjša učinkovitost pri opravljanju nalog in vodi v večjo verjetnost za napake ali opustitev nalog. Zaposleni z več izkušnjami so poročali o boljši organizaciji dela in večji sposobnosti, da v omejenem času opravijo vse naloge. To potrjuje hipotezo H2, ki predvideva, da imajo

zaposleni z več delovnimi izkušnjami manj neizvedene zdravstvene nege in oskrbe. Raziskava je prav tako pokazala, da je pogostost neizvedenih aktivnosti višja pri zaposlenih z manj delovnimi izkušnjami. To lahko pojasnimo z dejstvom, da manj izkušeni zaposleni morda nimajo dovolj veščin in samozavesti za učinkovito izvajanje nalog v časovnih okvirih, kar povečuje tveganje za opustitev nalog. Po drugi strani pa dolgoletni zaposleni poročajo o večji sposobnosti za obvladovanje nalog kljub morebitnim izzivom. Podobno Blackman, et al. (2018) ugotavljajo, da bolj izkušeni zdravstveni delavci razvijejo boljše strategije za obvladovanje časa in učinkovitejše metode za izvajanje nalog, kar zmanjšuje verjetnost neizvedenih aktivnosti. Poleg tega je raziskava Griffiths, et al. (2018) pokazala, da so neizvedene aktivnosti pogostejše v okoljih z visoko fluktuacijo kadra in večjim številom manj izkušenih zaposlenih, kar poudarja pomen ustreznega uvajanja in mentorstva.

Rezultati raziskave so pokazali, da stopnja izobrazbe ni povezana z neizvedenimi nalogami. S to ugotovitvijo ovržemo hipotezo H3, ki predvideva, da višja izobrazba zmanjšuje pojavnost neizvedenih nalog. Povečanje izobrazbene ravni zaposlenih v zdravstveni negi bi lahko zmanjšalo pogostost napak, povezanih z neizvedenimi nalogami. Z raziskavo, ki so jo izvedli Filej, et al. (2023), je bilo ugotovljeno, da so zaposleni z višjo izobrazbo poročali o manj neizvedenih aktivnostih zdravstvene nege in oskrbe. To nakazuje, da bolj izobraženi zaposleni bolje obvladujejo kompleksne naloge in se lažje prilagajajo zahtevam delovnega okolja. Pomanjkanje ustreznih kadrov in preobremenjenost so že bili prepoznani kot glavni dejavnik, ki vpliva na izvajanje aktivnosti zdravstvene nege. Raziskava Smith, et al. (2018), so pokazale, da kadrovske pomanjkljivosti vodijo do zmanjšane kakovosti oskrbe in večje stopnje neizvedenih nalog. Griffiths, et al. (2016) je v raziskavi ugotovil, da bolj izobražene medicinske sestre s svojimi znanji in spretnostmi prispevajo k boljšim izidom oskrbe v primerjavi z manj izobraženim kadrom.

V naši raziskavi dokumentiranje zdravstvene nege in oskrbe po oceni zaposlenih v zdravstveni negi ni bilo statistično značilno višje od drugih neizvedenih aktivnosti. Raziskava, ki so jo opravili Kebede, et al. (2017), je pokazala, da se zaradi preobremenjenosti in časovnih omejitev pogosto zanemarja dokumentacija, čeprav ima

ta ključno vlogo pri zagotavljanju kakovosti oskrbe in zakonodajnih zahtevah. Pomanjkanje časa zaradi preobremenjenosti s fizičnimi nalogami, kot je pomoč pri hranjenju, premikanje pacientov in druge neposredne naloge, vodi v opustitev administrativnih nalog. Tudi raziskava, ki jo je opravila De Groot, et al. (2022) potrjuje, da je dokumentiranje zdravstvene nege pogosto neizvedena naloga zaradi preobremenjenosti osebja in časovnih omejitev. Presečna raziskava iz leta 2023 je pokazala, da medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege pogosto ne izvedejo celotne dokumentacije, pri čemer kot glavni razlog navajajo pomanjkanje kadra, kar vodi v preobremenjenost in posledično opuščanje določenih nalog (Filej, et al., 2023). Sistematični pregled literature iz leta 2021 je prav tako identificiral časovne omejitve in delovno obremenitev kot ključne dejavnike, ki prispevajo k neizvedbi določenih nalog v zdravstveni negi (Bahun & Skela Savič, 2021). Poleg tega je raziskava iz leta 2015 pokazala, da medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe pripisujejo večji pomen dokumentiranju, vendar negativno dojemajo obseg časa, ki je potreben za to nalogo, kar dodatno potrjuje vpliv časovnih omejitev na izvajanje administrativnih obveznosti (Petkovšek-Gregorin & Skela Savič, 2015). Ti izsledki poudarjajo potrebo po izboljšanju delovnih pogojev in zagotavljanju zadostnega kadra za kakovostno zdravstveno oskrbo. Rezultati raziskave kažejo, da kar 86 % zaposlenih meni, da so preobremenjeni pri svojem delu, kar je izredno visok delež. Prav tako 94,2 % anketirancev ocenjuje, da kadrovska zasedenost ni ustrezna. Rezultati raziskave potrjujejo, da imajo zaposleni, ki se počutijo bolj obremenjeni, večjo pojavnost neizvedenih nalog. Zaposleni, ki poročajo o večji obremenitvi z delom, pogosto navajajo, da zaradi preveč nalog in pomanjkanja časa ne morejo izvesti vseh nalog v celoti. To je še posebej vidno pri nalogah, kot so premikanje pacientov ali zagotavljanje ustrezne prehrane, ki zahtevajo veliko fizične moči in časa. V naši raziskavi preobremenjenost ni neposredno povezana z večjim številom neizvedenih nalog, zato hipotezo H5, ki govori, da večja obremenitev povzroči več neizvedene zdravstvene nege in oskrbe, ovrzemo. Druge raziskave potrjujejo, da je preobremenjenost zaposlenih v zdravstveni negi resen problem, ki vpliva na kakovost oskrbe in varnost pacientov. Raziskava, ki sta jo izvedla Univerza Alma Mater Europaea in Splošna bolnišnica Murska Sobota, je pokazala, da skoraj polovica zdravstvenih delavcev ocenjuje svojo delovno obremenitev kot previsoko, kar negativno vpliva na njihovo učinkovitost in varnost pacientov (Metropolitan, 2024). Poleg tega raziskava iz leta 2022

poudarja, da pomanjkanje znanja o ergonomiji med zaposlenimi v zdravstveni negi prispeva k težavam s kostno-mišičnimi obolenji, kar vodi v večje število bolniških odsotnosti in dodatne stroške za delodajalce (Rakuša Krašovec, 2022). Ti podatki potrjujejo, da neustrezna kadrovska zasedenost in prekomerna obremenitev zaposlenih neposredno vplivata na izvedbo zdravstvene nege in oskrbe, s čimer se zmanjšuje kakovost zdravstvenih storitev.

V skladu s hipotezo H6 je raziskava pokazala, da so zaposleni, ki so zadovoljnejši s svojim delovnim mestom, manj poročali o neizvedenih nalogah. To lahko pomeni, da večje zadovoljstvo z delovnim mestom pripomore k večji motivaciji in angažiranosti pri opravljanju nalog. Zaposleni, ki so zadovoljni z delovnim okoljem in podpornimi strukturami, se zavedajo pomembnosti vseh nalog, tudi tistih, ki niso neposredno povezane z oskrbo pacientov, kot je dokumentiranje zdravstvene nege. Povezava med zadovoljstvom zaposlenih in pojavnostjo neizvedenih nalog je bila prav tako pomembna ugotovitev raziskave. Zaposleni, ki so bili zadovoljnejši s svojim trenutnim delovnim mestom, so poročali o manj neizvedenih nalogah. To nakazuje, da zadovoljstvo z delovnim mestom pozitivno vpliva na delovno motivacijo in posledično zmanjšanje števila neizvedenih nalog. Raziskava avtorjev Kodele in Peršolja (2023) preučuje povezavo med lastnostmi vodje, slogi vodenja in kakovostjo storitev v zdravstveni negi. Ugotovitve kažejo, da transformacijski slog vodenja, ki je usmerjen v odnose in upošteva potrebe zaposlenih, ustvarja klimo zaupanja. To pozitivno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih in posledično na kakovost zdravstvene nege. Čeprav ta raziskava ne obravnava neposredno neizvedenih nalog, nakazuje, da zadovoljstvo zaposlenih, ki izhajajo iz učinkovitega vodenja, lahko prispeva k boljši izvedbi nalog.

V zaključku smo raziskali tudi vpliv nadurnega dela na pojavnost neizvedenih nalog. Zaposleni, ki so opravili več kot 20 nadur mesečno, niso poročali o večji pojavnosti neizvedenih nalog, kar kaže na to, da v naši raziskavi dolgi delovni dnevi niso povezani z izčrpanostjo, ki bi povečevala napake in zmanjševala učinkovitost pri izvajanju nalog. Nadurno delo lahko sicer vodi v utrujenost in izčrpanost, kar zmanjšuje produktivnost in kakovost dela.

Ugotovitve raziskave kažejo na jasen vpliv delovnih pogojev na pojavnost neizvedene zdravstvene nege. Ključno vprašanje ni več, ali preobremenjenost vpliva na kakovost oskrbe, temveč kako lahko domovi za starejše sistemsko naslovijo to problematiko. Visoka delovna obremenitev in pomanjkanje kadra namreč ne povzročata le večjega števila neizvedenih nalog, temveč tudi dolgotrajno nezadovoljstvo med zaposlenimi, kar lahko vodi v fluktuacijo in še večjo obremenitev obstoječega kadra.

V tem kontekstu se pokaže potreba po dolgoročno vzdržnih rešitvah, kot so stabilno kadrovanje, uvajanje mentorstva za manj izkušene zaposlene ter izboljšanje organizacije dela. Poleg tega ima pomembno vlogo tudi izobraževanje – bolj usposobljeni in samozavestnejši zaposleni so običajno učinkovitejši pri upravljanju s časom in nalogami, kar zmanjšuje verjetnost opuščanja negovalnih intervencij. Vse te ugotovitve kažejo, da je treba na neizvedeno zdravstveno nego gledati kot na simptom širših sistemskih pomanjkljivosti, ne zgolj kot na individualni neuspeh zaposlenih. Reševanje tega izziva zahteva strateški pristop vodstva zavodov, pri čemer naj bodo prioriteta dobrobit tako zaposlenih kot stanovalcev.

Za nadaljnje izboljšanje kakovosti zdravstvene nege v domovih za starejše bi bilo pomembno izvajati sistematične intervencije, ki bi zmanjšale obremenitve zaposlenih in okrepile podporne strukture za izvajanje vseh nalog zdravstvene nege.

3.5.1 Omejitve raziskave

Pri izvedbi raziskave v domovih za starejše smo se soočili z več omejitvami, ki so vplivale na potek in rezultate študije. Ena glavnih težav je bila pridobitev soglasij direktorjev domov dolenjske regije, saj so izražali bojazen glede morebitnih razkritij raziskave, kar je otežilo njihovo sodelovanje. Za premagovanje te ovire je bila potrebna aktivacija direktorice iz doma starejših občanov Metlika, ki je s svojim vplivom pripomogla k pridobitvi potrebnih dovoljenj. Druga pomembna omejitev je bila neodzivnost zaposlenih, ki so zaradi preobremenjenosti in nepredvidljivih delovnih urnikov težko sodelovali v raziskavi. Zaradi tega je bilo potrebno večkratno kontaktiranje namestnic direktorjev na področju zdravstvene nege in oskrbe, da so spodbudili zaposlene k

sodelovanju. Kljub tem izzivom smo z vztrajnostjo in s prilagodljivostjo uspeli pridobiti zadostno število sodelujočih, kar je omogočilo izvedbo raziskave. Te omejitve poudarjajo nujnost izboljšanja kadrovskih razmer in delovnih pogojev v domovih za starejše, kar bi pripomoglo k lažjemu izvajanju prihodnjih raziskav in izboljšanju kakovosti oskrbe.

3.5.2 Priložnost za nadaljnje raziskave

Na podlagi ugotovitev o neizvedeni zdravstveni negi v domovih za starejše je mogoče oblikovati strategije za zmanjšanje teh pomanjkljivosti, kot so izboljšanje kadrovske strukture, uvedba dodatnih izobraževanj ter optimizacija delovnih procesov. Hkrati lahko rezultati raziskav spodbudijo nadaljnje preučevanje vpliva neizvedene nege na zdravstvene izide, kakovost življenja stanovalcev in zadovoljstvo zaposlenih, kar bi omogočilo celovitejše razumevanje te problematike. Ugotovitve lahko služijo tudi kot podlaga za oblikovanje učinkovitih politik, ki bi podpirale izvajalce zdravstvene nege ter prispevale k izboljšanju oskrbe starejših. Za natančnejši vpogled v razmere je smiselno raziskavo razširiti na celotno Slovenijo, kar bi omogočilo pridobitev reprezentativnih podatkov in razvoj enotnih rešitev na nacionalni ravni.

4 ZAKLJUČEK

Neizvedena zdravstvena nega negativno vpliva na kakovost oskrbe, zadovoljstvo stanovalcev in zaposlenih. Do neizvedenih nalog pogosto prihaja zaradi pomanjkanja časa, kadrovskih omejitev in drugih organizacijskih dejavnikov, kar povečuje tveganje za zaplete in zmanjšuje kakovost zdravstvenih izidov.

Raziskava, izvedena v domovih za starejše v dolenjski regiji, je potrdila, da je preobremenjenost zaposlenih eden ključnih dejavnikov za neizvedbo negovalnih nalog. Visoka delovna obremenitev, kadrovska podhranjenost in nadurno delo povečujejo verjetnost, da določene aktivnosti ne bodo izvedene, kar lahko vpliva na varnost in dobrobit stanovalcev.

Manj izkušeni zaposleni pogosteje poročajo o neizvedenih nalogah, kar kaže na potrebo po uvajalnih programih in mentorstvu. Neizkušenost pogosto pomeni manj samozavesti pri izvajanju zahtevnejših nalog, kar vodi v večje tveganje za napake ali njihovo opustitev. Pomembno vlogo ima tudi delovno okolje. Zaposleni, ki so zadovoljni s pogoji dela in imajo podporno vodstvo, poročajo o manj izpuščenih nalogah. Dobri medosebni odnosi in pozitivno vzdušje prispevajo k večji učinkovitosti in zmanjšujejo verjetnost neizvedene oskrbe.

Na podlagi ugotovitev raziskave lahko sklepamo, da bi k zmanjšanju neizvedene zdravstvene nege prispevali naslednji ukrepi: povečanje števila zaposlenih, boljša organizacija dela, krepitev mentorstva za nove sodelavce ter sistematično vlaganje v izobraževanje. Pomembne so tudi spremembe v delovni kulturi, ki bi povečale zadovoljstvo zaposlenih in s tem tudi kakovost oskrbe.

V prihodnje bi bilo smiselno izvesti dodatne raziskave, usmerjene v oceno učinkov konkretnih ukrepov ter spremljanje dolgoročnih rezultatov. Le z usmerjenimi strategijami in vlaganjem v kadre lahko domovi za starejše zagotovijo varno in kakovostno zdravstveno nego.

5 LITERATURA

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2019. *Missed Nursing Care*. [online] Available at: <https://psnet.ahrq.gov/primer/missed-nursing-care> [Accessed 12 February 2025].

Andersson, Å., Frank, C., Willman, A.M., Sandman, P.O. & Hansebo, G., 2018. Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), pp. e354-e362. <https://doi.org/10.1111/jocn.13914>.

Andersson, I., Bååth, C., Nilsson, J. & Eklund, A.J., 2023. Validation of the Baseel Extent of Rationing of Nursing Care for Nursing Homes and Home Care, a Swedish version. *Nursing Open*, 10(7), pp. 4504-4514. <https://doi.org/10.1002/nop2.1692>.

Bahun, M. & Skela Savič, B., 2021. Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), pp. 42-51. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3061>.

Bahun, M. & Skela-Savič, B., 2022. Neizvedena zdravstvena nega – dejavniki nastanka. In: Đ. Sima, G. Lokajner & R. Kobentar, eds. *Izpuščena in neopravljena zdravstvena nega: zbornik izvodkov z recenzijo*. Ljubljana, 20. maj 2022. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 5-8.

Bahun, M., 2022. Prvi rezultati o neizvedeni zdravstveni negi in razlogih zanjo v slovenskih bolnišnicah. In: B. Lobe & B. Skela Savič, eds. *15. mednarodna znanstvena konferenca: Digitalizacija in edukacija v zdravstvenih vedah*. Bled, 9. junij 2022. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 166-175.

Bahun, M. & Jeriček Klanšček, H., 2023. Doživljanje neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), pp. 43-52. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3173>.

Ball, J.E., Murrells, T., Rafferty, A.M., Morrow, E. & Griffiths, P., 2018. Care left undone during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 27(7), pp. 607-615. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007558>.

Bardsley, M., Stewart, K. & Martin, S., 2023. Quality of care in Australian residential aged care facilities: A population-level assessment. *BMC Medicine*, 21(1), p. 102. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03224-8>.

Blackman, I., Lye, C.Y., Darmawan, G.N., Henderson, J., Giles, T., Willis E., Toffoli, L., Xiao, L. & Verall, C., 2018. Modeling Missed Care: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(3), pp. 178-188. <https://doi.org/10.1111/wvn.12285>.

Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C. & Harvey, C., 2015. Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1/2), pp. 47-56. <https://doi.org/10.1111/jocn.12688>.

Cassini, A., Plachouras, D., Eckanns, T., Abu Sin, M., Blank, H.P., Ducomble, T., Haller, S., Harder, T., Klingeberg, A., Sixtensson, M., Velasco, E., Weiß, B., Kramarz, P., Monnet, D.L., Kretzschmar, M.E. & Suetens, C., 2016. Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Medicine*, 13(10), pp. 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>.

Chiappinotto, S., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Andreou, P., Stemmer, R., Ströhm, C., Schubert, M., de Wolf-Linder, S., Longhini, J. & Palese, A., 2022. Antecedents of unfinished nursing care: A systematic review of the literature. *BMC Nursing*, 21(1), p. 137. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00890-6>.

Clancy, A., Simonsen, N., Lind, J., Liveng, A. & Johannessen, A., 2020. The meaning of dignity for older adults: A meta-synthesis. *Nursing Ethics*, 28(6), pp. 1-17. <https://baze.fzab.si:2080/10.1177/0969733020928134>.

Cleary-Holdforth, J., 2019. Missed nursing care: A symptom of missing evidence. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(2), pp. 88-91. <https://doi.org/10.1111/wvn.12328>.

De Groot, K., De Veer, A.J.E., Munster, A., Francke, A. & Paans, W., 2022. Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: a mixed-methods study among community nurses. *BMC Nurse*, 21(34), pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00811-7>.

Dhaini, S.R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S. & Schwendimann, R., 2017. Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study. *Geriatric Nursing*, 38(1), pp. 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.003>.

Dolničar, M., 2022. *Neizvedena zdravstvena nega*. [pdf] Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/Simpozij/2022/UNMFZV_zbornik_povzetkov_2022.pdf [Accessed 18 March 2025].

Duffy, J.F., Culp, S. & Padrutt, T., 2018. Description and Factors Associated With Missed Nursing Care in an Acute Care Community Hospital. *The Journal of Nursing Administration*, 48(7-8), pp. 361-367. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000630>.

Dzau, V.J., McClellan, M.B., McGinnis, J.M., Marx, J.C., Sullenger, R.D. & ElLaissi, W., 2021. Vital Directions For Health And Health Care: Priorities For 2021. *Health Affairs (Project Hope)*, 40(2), pp. 197-203. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.02204>.

Fekonja, Z., Kmetec, S., Lorber, M., Lavrač, J. & Mlinar Reljić, N., 2022. Experiences with dignity among older people confined to beds living in a nursing home: A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), pp. 2362-2369. <https://baze.fzab.si:2067/doi/10.1111/jonm.13689>.

Filej, B., Poredoš, M., Štemberger Kolnik, T., Ljubič, A. & Kaučič, B.M., 2023. Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih: presečna raziskava. *Revija za zdravstvene vede*, 10(1), pp. 36-55. <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.143>.

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P. & Ball, J., 2018. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), pp. 1474-1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>.

Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., Pope, C., Recio Saucedo, A. & Simon, M., 2016. Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International Journal of Nursing Studies*, 63(1), pp. 213-225. 10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012.

Harvey, C.L., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A. & Pearson, M., 2018. Understanding how nurses ration care. *Journal of Health Organization and Management*, 32(3), pp. 494-510. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2017-0248>.

Henderson, J., Willis, E., Xiao, L. & Blackman, I., 2017. Missed care in residential aged in Australia: An exploratory study. *Collegian*, 24(5), pp. 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.09.001>.

Henderson, J., Willis, E., Roderick, A., Bail, K. & Brideson, G., 2020. Why do nurses miss infection control activities? A qualitative study. *Collegian*, 27(1), pp. 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.05.004>.

Hessels, J.A., Flynn, L., Cimiotti, P.J., Camus, E. & Gershon, R.M.R., 2015. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clinical Nursing Studies*, 3(4), pp. 60-65. <https://doi.org/10.5430/cns.v3n4p60>.

Hibbert, P.D., Molloy, C.J., Cameron, I.D., Gray, C., Reed, R.L., Wiles, L.K., Westbrook, J., Arnold, G., Bilton, R., Ash, R., Georgiou, A., Kitson, A., Hughes, C.F., Gordon, S.J., Mitchell, R.J., Rapport, F., Estabrooks, C., Alexander, G.L., Vincent, C., Edwards, A., Carson-Stevens, A., Wagner, C., McCormack, B. & Braithwaite, J., 2024. The quality of care delivered to residents in long-term care in Australia: an indicator-based review of resident records (CareTrack Aged study). *BMC Medicine*, 22(1), p. 22. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03224-8>.

Jones, T.L., Hamilton, P. & Murry, N., 2015. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review. *International journal of nursing studies*, 52(6), pp. 1121-1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>.

Jones, T., Willis, E., Amorim-Lopes, M. & Drach-Zahavy, A., 2019a. Advancing the science of unfinished nursing care: Exploring the benefits of cross-disciplinary knowledge exchange, knowledge integration, and transdisciplinarity. *Journal of Advanced Nursing*, 75(4), pp. 905-916. <https://doi.org/10.1111/jan.13948>.

Jones, T.L., Hamilton, P. & Murry, N., 2019b. Unfinished nursing care, missed care, and implicit rationing: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 91(1), pp. 71-83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.004>.

Kalanlar, B. & Kuru Alici, N., 2020. The effect of care burden on formal caregiver's quality of work life: A mixed method study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34, pp. 971-978. <https://doi.org/10.1111/sch.12808>.

Kebede, M., Endris, Y. & Tegabu Zegeye, D., 2017. Nursing care documentation practice: The unfinished task of nursing care in the University of Gondar Hospital. *Informatics for health & social care*, 42(3), pp. 290-302. <https://doi.org/10.1080/17538157.2016.1252766>.

Kim, K.-J., Yoo, M.S. & Seo, E.J., 2018. Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea. *Asian Nursing Research*, 12(2), pp. 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>.

Knopp-Sihota, J.A., Niehaus, L., Squires, J.E., Norton, P.G. & Estabrooks, C.A., 2015. Factors associated with rushed and missed resident care in western Canadian nursing homes: a cross-sectional survey of health care aides. *Jurnal of Clinical Nursing*, 24(9-20), pp. 2815-2825. <https://doi.org/10.1111/jocn.12887>.

Kodele, T. & Peršolja, T., 2023. Povezava med lastnostmi vodje, slogi vodenja in kakovostjo storitev v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), pp. 97-112. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3095>.

Kramar, Z., 2022. *Kakovost zdravstvene oskrbe*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Loureiro, N. & Martin, J.I., 2024. Quality indicators for residential long-term care for the elderly: A scoping review. *Research on Ageing and Social Policy*, 12(2), pp. 82-104. <https://doi.org/10.17583/rasp.13874>.

Lund, S.B., Skolbekken, J.-A., Mosqueda, L. & Malmedal, W., 2023 Making Neglect Invisible: A Qualitative Study among Nursing Home Staff in Norway. *Healthcare*, 11(10), pp. 1-16. <https://doi.org/10.3390/healthcare11101415>.

McCauley, L., Kirwan, M., Riklikiene, O. & Hinno, S., 2020. A scoping review: The role of the nurse manager as represented in the missed care literature. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 1770-1782. <https://doi.org/10.1111/jonm.13011>.

McCauley, L., Kirwan, M. & Matthews, A., 2021. The factors contributing to missed care and non-compliance in infection prevention and control practices of nurses: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3(24), pp. 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100039>.

Metropolitan, 2024. *Preobremenjenost zdravstvenih delavcev in vpliv na varnost pacientov*. [online] Available at:

<https://www.metropolitan.si/novice/slovenija/preobremenjenost-zdravstvo-delavci-bolniki-raziskava/> [Accessed 8 February 2025].

Ministrstvo za zdravje (MZ), 2021. *Kakovost zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dolgotrajna/Kakovost-zdravstvene-obravnave-v-socialnovarstvenih-zavodih-prirocnik-december-2021-v2.pdf> [Accessed 15 March 2025].

Ministrstvo za zdravje (MZ), 2023. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2023–2031)*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_SLO_potrjena.pdf [Accessed 15 March 2025].

Ministrstvo za zdravje (MZ), n.d. *Domovi za starejše*. [online] Available at: <https://www.gov.si teme/domovi-za-starejse/> [Accessed 13 March 2025].

Mynaříková, E., Jarošová, D., Janíková, E., Plevová, I., Polanská, A. & Zeleníková, R., 2020. Occurrence of hospital-acquired infections in relation to missed nursing care: A literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11(1), pp. 43-49. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2020.11.0007>.

Nelson, S.T., 2017. *The relationship among workload, teamwork, and missed nursing care in nursing home environment: doctoral dissertation*. Colorado: College of Nursing.

Nordaunet, O.M., Gjevjon, E.R., Olsson, C., Aagaard, H. & Borglin, G., 2023. Fundamental nursing care focusing on older people's needs and continuity of long-term care: a scoping review protocol. *British Medical Journal*, 13(3), pp. 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069798>.

Normala, R. & Lukman, Z.M., 2020. Elderly Bedridden: Factors and Risks. *International Journal of Research and Scientific Innovation*, 7(8), pp. 46-49.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), n.d. *Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji (AHA.SI)*. [online] Available at: <https://nijz.si/projekti/aktivno-in-zdravo-staranje-v-sloveniji-aha-si/> [Accessed 5 December 2023].

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2019. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. [online] Available at: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> [Accessed 21 May 2025].

Petkovšek-Gregorin, R. & Skela-Savič, B., 2015. Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 85-95. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.50>.

Phelan, A., 2015. Protecting care home residents from mistreatment and abuse: On the need for policy. *Risk Management and Healthcare Policy*, 2015(8), pp. 215-223. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S70191>.

Plevová, I., Zeleníková, R., Jarošová, D. & Janíková, E., 2021. The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care. *Medycyna Pracy*, 72(3), pp. 231-237. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01035>.

Prelec, A. & Skela Savič, B., 2023. Razlogi za zapuščanje poklica med medicinskimi sestrami v bolnišnicah: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), pp. 117-129. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3203>.

Potočnik, P. & Kobentar, R., 2022. Neizvršene aktivnosti zdravstvene nege. In Đ. Sima, G. Lokajner & R. Kobentar, eds. *Izpuščena in neopravljena zdravstvena nega: zbornik izvečkov z recenzijo*. Ljubljana, 20. maj 2022. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 21-31.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 45. [online] Available at: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV10060> [Accessed 22 February 2025].

Rakuša Krašovec, K., 2022. Poznavanje ergonomije zaposlenih v zdravstveni negi, absentizem in ekonomske posledice absentizma. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 9(2), pp. 54-74. <https://doi.org/10.55707/eb.v9i2.118>.

Rezaei-Shahsavarloo, Z., Atashzadeh-Shoorideh, F., Ebadi, A. & Gobbens, R.J.J., 2021. Factors affecting missed nursing care in hospitalized frail older adults in the medical wards: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 2021(21), pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02524-z>.

Rostad, H.M., Skinner, M.S., Wentzel-Larsen, T., Hellesø, R. & Raknes Sogstad, M.K., 2023. Quality of municipal long-term care in different models of care: A cross-sectional study from Norway. *BMC Health Services Research*, 23(1), pp. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09750-8>.

Senek, M., Robertson, S., Ryan, T., Sworn, K., King, R., Wood, E. & Tod, A., 2020. Nursing care left undone in community settings: Results from a UK cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 1968-1974. <https://doi.org/10.1111/jonm.12995>.

Sion, M., De Boer, B., van der Roest, H.G. & Schoonmade, L., 2020. Measuring and improving quality in long-term care: A systematic review. *International Journal of Quality in Health Care*, 32(6), pp. 396-403. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa072>.

Skela Savič, B., Klemenčič Mirazchiyski, E. & Lobe, B., 2021. Perceptions of Slovenian elementary schoolchildren on nursing and nurses: Exploratory study. *Nurse Education in Practice*, 2021(53), pp. 1-8. doi.10.1016/j.nepr.2021.103083.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije (SSZS), 2024. *Splošno o domovih za starejše*. [online] Available at: <https://www.ssz-slo.si/> [Accessed 18 January 2025].

Skupnost socialnih zavodov Slovenije (SSZS), n.d. *Splošno o domovih za starejše*. [online] Available at: <https://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih/> [Accessed 16 April 2025].

Smith, J.G., Morin, K.H. & Wallace, L.E., 2018. Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), pp. 779-798. <https://doi.org/10.1177/0193945917734159>.

Stemmer, R., Bassi, E., Ezra, S., Harvey, C., Jojo, N., Meyer, G., Özsaban, A., Paterson, C., Shifaza, F., Turner, M.B. & Bail, K., 2022. A systematic review: Unfinished nursing care and the impact on the nurse outcomes of job satisfaction, burnout, intention-to-leave and turnover. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), pp. 2290-2303. <https://doi.org/10.1111/jan.15286>.

Suhonen, R. & Scott, P.A., 2018. Missed care: A need for careful ethical discussion. *Nursing Ethics*, 25(5), pp. 549-551. [10.1177/0969733018790837](https://doi.org/10.1177/0969733018790837).

Statistični urad Republike Slovenije (SURS), 2023. *Prebivalstvo – izbrani kazalniki, kohezijski regiji, Slovenija, polletno*. [online] Available at: <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/-/05C1006S.px> [Accessed 24 December 2023].

Škrbina, V. & Zorc, J., 2016. Gibalna aktivnost pri diplomiranih medicinskih sestrah, ki opravljajo enoizmensko in večizmensko delo. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(3), pp. 186-195. <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.3.96>.

Uradni list Republike Slovenije (Uradni list RS), 2022. *Podrobnejši standardi z dne 15. 7. 2022 o izvajanju posameznih vrst oskrbe in kriterijih za določitev vrst oskrbe glede na potrebe uporabnikov storitve za področje institucionalnega varstva v domovih za starejše*

(96/2022). [online] Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2022-01-2398/podrobnejši-standardi-za-izvajanje-posameznih-vrst-oskrbe-in-kriteriji-za%20določitev-vrst-oskrbe-glede-na-potrebe-uporabnikov-storitve-za-področje-institucionalnega-varstva-v-domovih-za-starejše> [Accessed 3 February 2025].

Wei, H., Sewell, K.A., Woody, G. & Rose, M.A., 2018. The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), pp. 287-300. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>.

White, E.M., Aiken, L.H. & McHugh, M.D., 2019. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of American Geriatrics Society*, 67(10), pp. 2065-2071. <https://doi.10.1111/jgs.16051>.

World Health Organization (WHO), 2024. *Quality assurance and improvement in long-term care in the WHO European Region*. [online] Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10957-50729-76831> [Accessed 26 March 2025].

Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ), 2024. *Uradni list Republike Slovenije, št. 102/2024*. [online] Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2024-01-3196> [Accessed 16 March 2025].

Zhang, X., Liu, H. & Smith, J., 2022. Systematic review of quality indicators in long-term care: Methodological quality and usability. *BMC Health Services Research*, 22(1), p. 567. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08804-7>.

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J.P., Engberg, S., Simon, M. & Schwendimann, R., 2105. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes-A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), pp. 1463-1474. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005>.

6 PRILOGE

6.1 VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Jerneja Šterk, absolventka podiplomskega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, smer Zdravstvena nega. Zaposlena sem v domu starejših občanov. Pri svojem delu opažam, da zaposleni opravljajo aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe pri stanovalcu opravljajo različno, kar pa lahko privede do neopravljene zdravstvene nege in oskrbe. Z raziskavo želim ugotoviti, katere aktivnosti so najpogostejše izpuščene in kateri vzroki prispevajo k temu. V sklopu magistrskega dela bom opravila raziskavo z naslovom »Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe v domovih za starejše: raziskava vzrokov in povezav z delovnim mestom« pod mentorstvom doc. dr. Saše Kadivec.

Sodelovanje je povsem prostovoljno, vprašalnik je anonimen. Vsi podatki bodo obravnavani zaupno in le v namen raziskave. Dobljeni rezultati bodo pozneje lahko uporabljeni za reševanje problematike, povezane z neizvedenimi aktivnostmi zdravstvene nege in oskrbe. Za izpolnjevanje vprašalnika boste potrebovali približno 10 minut.

Za morebitne dodatne informacije in pojasnila sem vam na voljo na elektronskem naslovu: jerneja.sterk@gmail.com.

Za sodelovanje se vam zahvaljujem.

Jerneja Šterk

I. SKLOP – sociodemografski podatki

1. Delovno mesto:

- 1) _____ Bolničar negovalec
- 2) _____ Tehnik zdravstvene nege
- 3) _____ Diplomirana medicinska sestra, namestnica direktorja za področje ZNO

2. Najvišja stopnja izobrazbe:

- 1) _____ Poklicna
- 2) _____ Srednja izobrazba
- 3) _____ Višja strokovna izobrazba, visoka strokovna izobrazba
- 4) _____ Univerzitetna izobrazba, magistrski študij (2. bolonjska stopnja)

3. Spol: _____ Ženski _____ Moški

4. Vaša dopolnjena starost: _____

5. Delovni čas (Označite tistega, ki najbolj ustreza vaši delovni obvezi.)

- 1) _____ Enoizmensko delo (dopoldne)
- 2) _____ Večizmensko delo (dopoldne, popoldne, ponoči, vikendi in prazniki 12 ur)

6. Celotna delovna doba: _____

7. Delovne izkušnje na sedanjem delovnem mestu (v mesecih ali letih): _____

II. SKLOP

8. Navedite število delovnih ur, ki ste jih opravili v prejšnjem tednu na svojem delovnem mestu, ki presegajo vašo normalno tedensko obremenitev: _____

9. Koliko nadur ste opravili v zadnjem mesecu? _____

10. Menite, da ste pri opravljanju svojega dela preobremenjeni?

1)_____ Da.

2)_____ Ne.

11. Ali nameravate zapustiti svoje trenutno delovno mesto?

1)_____ V naslednjih 6 mesecih.

2)_____ V naslednjem letu.

3)_____ Tega ne načrtujem.

12. Ali je zasedenost delovnih mest za področje zdravstvene nege in oskrbe v vaši ustanovi ustrezna?

1) ____ Da.

2) ____ Ne.

13. Koliko dni v zadnjih 3 mesecih ste bili odsotni z dela zaradi bolezni, poškodbe?

14. Koliko dni v zadnjih 3 mesecih ste bili odsotni z dela zaradi dopusta?

15. Koliko stanovalcev ste oskrbeli v zadnji delovni izmeni?_____

III. SKLOP

Prosimo označite ustrezen odgovor.

	1= zelo nezadovoljen	2 = nezadovoljen	3 = neodločen	4 = zadovoljen	5 = zelo zadovoljen
16. V kolikšni meri ste zadovoljni s sedanjim delovnim mestom?					
17. Neodvisno od vašega delovnega mesta, v kolikšni meri ste zadovoljni s poklicem, za katerega ste se izobrazili?					

	1= zelo nezadovoljen	2 = nezadovoljen	3 = neodločen	4 = zadovoljen	5 = zelo zadovoljen
18. V koliki meri ste zadovoljni s timskim delom v svoji ustanovi?					

IV. SKLOP

Pred vami je drugi sklop vprašalnika, ki se nanaša na vrsto neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe in vsebuje 28 trditvev. S petstopenjsko lestvico (0 = ni potrebno (tega na svojem delovnem mestu ne opravljate), 1 = nikoli (0 x v 7 dneh), 2 = redko (1–2 x v 7 dneh), 3 = včasih (3–4 x v 7 dneh), 4 = (pogosto 5 x in več v 7 dneh)) ocenite, kako pogosto se vam je zgodilo, da v zadnjih sedmih delovnih dneh niste mogli izvesti naštetih aktivnosti. Pri vsaki trditvi označite en odgovor.

Kako pogosto se vam je v zadnjih 7 dneh zgodilo, da ...	0 = ni potrebno (tega ne opravljate)	1 = nikoli (0 x v 7 dneh)	2 = redko (1–2 x v 7 dneh)	3 = včasih (3–4 x v 7 dneh)	4 = pogosto (5 x in več v 7 dneh)
1. ... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne posteljne kopeli oz. kopanja?					
2. ... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne jutranje nege?					
3. ... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne zdravstvene nege kože?					
4. ... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne ustne nege ali higijene zob?					
5. ... pri stanovalcu niste mogli izvesti potrebne menjave osebne perila?					
6. ... stanovalcu, ki ne more jesti samostojno, niste mogli ustrezno pomagati pri zaužitju hrane?					
7. ... delno pokretnega ali nepokretnega stanovalca niste uspeli ustrezno mobilizirati (transport na voziček)?					
8. ... delno pokretnemu ali nepokretnemu stanovalcu niste uspeli spremeniti položaja/lege telesa?					
9. ... v ustreznem časovnem obdobju niste uspeli zamenjati					

Kako pogosto se vam je v zadnjih 7 dneh zgodilo, da ...	0 = ni potrebno (tega ne opravljate)	1 = nikoli (0 x v 7 dneh)	2 = redko (1–2 x v 7 dneh)	3 = včasih (3–4 x v 7 dneh)	4 = pogosto (5 x in več v 7 dneh)
stanovalčevega posteljnega perila, ki je bilo močno umazano od urina, blata ali bruhanja?					
10. ... stanovalcu niste uspeli zagotoviti čustvene ali psihosocialne podpore, čeprav se vam je zdela potrebna (npr. spoprijemanje z negotovostjo in strahom zaradi bolezni, občutek odvisnosti)?					
11. ... se s stanovalcem in/ali njegovo družino niste uspeli ustrezno pogovoriti?					
12. ... stanovalca niste mogli zadostno seznaniti z načrtovano zdravstveno nego ali oskrbo?					
13. ... stanovalcev niste mogli privaditi na stranišče ali izvesti treninga za kontinenco in ste jim zato morali namestiti plenice?					
14. ... stanovalce niste mogli zagotoviti ustrezne aktivacije ali rehabilitacijske oskrbe?					
15. ... stanja stanovalcev niste uspeli spremljati tako pozorno, kot so to predpisali zdravniki?					
16. ... stanja stanovalcev niste uspeli spremljati tako pozorno, kot se vam je zdelo potrebno?					
17. ... zmedenih stanovalcev niste uspeli spremljati dovolj pozorno, zato so bili begavi?					
18. ... zmedenih stanovalcev niste uspeli spremljati dovolj pozorno in ste jim morali dati pomirjevala?					
19. ... ste morali odložiti določene aktivnosti, zaradi podajanja informacij svojcem?					
20. ... predpisanega zdravila in/ali infuzije niste uspeli dati ob priporočenem času?					
21. ... stanovalcem niste uspeli previti rane?					

Kako pogosto se vam je v zadnjih 7 dneh zgodilo, da ...	0 = ni potrebno (tega ne opravljate)	1 = nikoli (0 x v 7 dneh)	2 = redko (1–2 x v 7 dneh)	3 = včasih (3–4 x v 7 dneh)	4 = pogosto (5 x in več v 7 dneh)
22. ... stanovalce niste uspeli pripraviti na preiskave ali terapije?					
23. ... ste morali stanovalca, ki vas je poklical, pustiti čakati več kot 5 minut?					
24. ... niste uspeli vzdrževati ustrezne higiene rok?					
25. ... niste uspeli ravnati skladno z ukrepi za razkuževanje?					
26. ... niste imeli dovolj časa za prebiranje raporta, da bi se lahko na začetku svoje izmene seznanili s stanjem stanovalcev?					
27. ... niste uspeli pripraviti načrta zdravstvene nege in oskrbe za stanovalca?					
28. ... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege in oskrbe, zagotovljene stanovalcem?					

V. SKLOP

Tretji sklop vprašalnika se nanaša na vzroke za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo in vsebuje 22 vprašanj. S štiristopenjsko lestvico (0 = to NI razlog za neizvedeno zdravstveno nego; 1 = manj pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego; 2 = srednje pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego ali 3 = zelo pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego) ocenite, kako pomemben razlog se vam zdi posamezna trditev v povezavi z neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo.

Označite samo en odgovor pri posamezni trditvi.

Razlogi za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	0 = to NI razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	1 = manj pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	2 = srednje pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	3 = zelo pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo
1. Neustrezno število kadra.				

Razlogi za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	0 = to NI razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	1 = manj pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	2 = srednje pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	3 = zelo pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo
2. Nujno stanje stanovalca (npr. poslabšanje, padec ...).				
3. Nepričakovano povečanje števila ostalih motečih dejavnikov (telefonski klici, obiski svojcev).				
4. Timsko nesodelovanje med zaposlenimi na oddelku.				
5. Neenakomerno število aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe pri stanovalcu.				
6. Zdravila niso bila na voljo, ko so bila potrebna.				
7. Neustrezna predaja dela med delovnimi izmenami ali pri predaji stanovalca.				
8. Drugi oddelki niso izvajali potrebne oskrbe (stanovalci niso bili okopani).				
9. Pripomočki/oprema niso bili na voljo, ko so bili potrebni.				
10. Pripomočki/oprema niso ustrezno delovali.				
11. Pomanjkanje podpore s strani članov tima.				
12. Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z drugimi enotami/oddelki/ambulanto.				
13. Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji znotraj tima zdravstvene nege in oskrbe.				
14. Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z zdravstvenim timom.				
15. Zdravstveni kader ni sporočil, da zdravstvena nega in oskrba ni bila izvedena.				
16. Zaradi bolniških odsotnosti, dopustov in drugih opravičljivih razlogov ni bilo na voljo dovolj kadra.				
17. Povečanje števila sprejemov in odpustov v enoti/oddelku/ambulantni.				

Razlogi za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	0 = to NI razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	1 = manj pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	2 = srednje pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo	3 = zelo pomemben razlog za neizvedeno zdravstveno nego in oskrbo
18. Čustvena in fizična izčrpanost.				
19. Neustrezen nadzor nad delom zdravstvenega tima.				
20. Motnje/večopravnost.				
21. Pomanjkanje namigov/opozoril.				
22. Neustrezna podpora s strani vodij.				

Hvala za sodelovanje!