

# Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih: presečna raziskava

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.143>

Izvirni znanstveni članek

UDK 616-083-024.14

**KLJUČNE BESEDE:** neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege, vzroki, medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege, delovne izkušnje

**POVZETEK** – Neizvedena zdravstvena nega je koncept, ki obsega zavedno ali nezavedno popolno opustitev izvedbe določenih aktivnosti zdravstvene nege, časovno preložitve izvedbe ali le delno izvedbo določene aktivnosti. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, katere so najpogostejše aktivnosti zdravstvene nege, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih ne izvedejo, ter kateri so najpogostejši vzroki za to. Presečna raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik »The MISSCARE Survey«, podatke pa smo zbrali s spletno anketo IKA. Anketo je v celoti izpolnilo 180 izvajalcev zdravstvene nege, ki imajo v povprečju več kot 10 let delovnih izkušenj. Ugotovili smo, da medicinske sestre najpogosteje ne izvedejo dokumentiranja vseh zahtevanih podatkov ( $M = 1,86$ ,  $SD = 1,21$ ), prav tako ne tudi tehniki zdravstvene nege ( $M = 1,69$ ,  $SD = 1,29$ ). Sodelujoči v raziskavi so kot najpomembnejši vzrok za neizvedeno zdravstveno nego navedli neustrezno število kadra ( $M = 1,59$ ,  $SD = 0,96$ ). Neizvedena zdravstvena nega lahko negativno vpliva na izide pacientovega zdravljenja, lahko povzroči neželene dogodke in zaplete.

Original scientific article

UDC 616-083-024.14

**KEYWORDS:** missed nursing activities, reasons, nurse, health technicians, work experience

**ABSTRACT** – Missed nursing care is a concept that includes the conscious or unconscious complete abandonment of the performance of certain nursing activities, postponement of the performance, or only partial performance of a certain activity. With the research, we wanted to find the most common nursing activities that nurses and nursing technicians in health and social care institutions missed, and the most common reasons for this. The cross-sectional research was based on a quantitative research approach. We used "The MISSCARE Survey" questionnaire to collect data, which we collected with IKA, the online research tool. The research was fully completed by 180 nursing care providers who have more than 10 years of work experience. We found that nurses most often missed documenting all the required data ( $M = 1.86$ ,  $SD = 1.21$ ); the same applies to nursing technicians ( $M = 1.69$ ,  $SD = 1.29$ ). The participants in the research cited an inadequate number of personnel ( $M = 1.59$ ,  $SD = 0.96$ ) as the most important reason for missed nursing care. Such nursing care can negatively affect the patient's health outcomes and cause adverse events and complications.

## 1 Uvod

Neizvedena zdravstvena nega je koncept, ki se nanaša na kateri koli vidik potrebne oskrbe pacienta, ki ni bila izvedena (deloma ali v celoti) ali je bila opravljena z zamudo (Kalisch idr., 2011). V literaturi najdemo različna poimenovanja koncepta

Prejeto/Received: 30. 8. 2022  
Sprejeto/Accepted: 12. 4. 2023

Besedilo/Text © 2023 Avtor(ji)/The Author(s)  
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.  
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

neizvedene zdravstvene nege – v angleškem jeziku npr. missed nursing care, care left undone, omission of nursing care, rationed nursing care (Kalisch idr., 2009; Zeleníková idr., 2019; Srulovici in Drach - Zahavy, 2017).

Fenomen neizvedene zdravstvene nege je prva identificirala avtorica Kalisch leta 2006, ko je izvedla kvalitativno raziskavo, s katero je želela ugotoviti, katere aktivnosti zdravstvene nege se pri pacientih v času hospitalizacije najpogosteje ne izvedejo. Ugotovila je, da so to: menjava položajev, ustna nega, hranjenje pacienta z zamudo, poučevanje pacienta, načrtovanje odpusta, dokumentiranje, osebna nega in nadzor. Ugotovljeni vzroki za to pa so bili pomanjkanje časa, pomanjkanje osebja za zdravstveno nego, slabo timsko delo in neučinkovito delegiranje nalog (Kalisch, 2006).

Z ozirom na to, da gre pri konceptu za nekaj, kar ni bilo opravljeno, koncept ni bil prepoznan kot pomemben. Zato tudi ni prišlo do poročanja o problemu in o nedoseganju standardov prakse zdravstvene nege (Kalisch idr., 2009), čeprav so raziskave kasneje pokazale, da neizvedena zdravstvena nega povzroča številne komplikacije pri pacientih, kot na primer infekcije in pljučnice, kar podaljša hospitalizacijo in povzroči kasnejši odpust ter poveča nezadovoljstvo pacientov z obravnavo (Kalisch in Xie, 2014; Lucero idr., 2010). Medicinske sestre se morajo v vsakodnevni praksi odločati o tem, kaj bodo izvedle in česa ne, kaj bodo izvedle z zamudo ali v zmanjšanem obsegu (Kalisch idr., 2009). Raziskovalci ugotavljajo, da je neizvajanje zdravstvene nege prisotno v vseh bolnišnicah, brez izjeme (Mynařikova idr., 2020). Na proces odločanja vplivajo individualne značilnosti medicinskih sester, in sicer: percepcija timskih in skupinskih norm, ocena pomembnosti posameznih aktivnosti zdravstvene nege pri različnih pacientih, za katere so odgovorne, njihove vrednote, stališča in prepričanja ter njihova vsakodnevna praksa (AHRQ, 2022). Krichbaum idr. (2007) so ugotovili naslednje razloge za neizvajanje zdravstvene nege: osebje (utrujenost, težave v družini), okolje (neustrezno delovno okolje, konflikti s sodelavci, nezaupanje, nespoštovanje), praksa (delegiranje nalog, dileme zaradi nasprotujočih si zahtev, prioritete pri izvajanju večjega števila nalog znotraj časovnega okvirja), sistemi (organizacijske spremembe, zahteve po dokumentiranju, finančna sredstva, kadrovanje, zakonske zahteve), menedžment (izkušnje menedžerjev, pomanjkanje znanja o tem, kaj medicinske sestre izvajajo, za učinkovito organiziranje dela, številne spremembe v vrhnjem menedžmentu, avtonomija in nadzor).

Konceptualni model neizvedene zdravstvene nege temelji na Donabedianovem modelu ocenjevanja kakovosti s strukturnim, procesnim in rezultatnim pristopom (Plevová idr., 2021) in je tesno povezan s pacientovo varnostjo (McMullen idr., 2017). Strukturni faktorji, ki vplivajo na neizvajanje zdravstvene nege, so: kadrovske viri (število, izobrazba, kompetence, delovne izkušnje zaposlenih), materialni viri (oprema, negovalni pripomočki, zdravila), timsko delo in komunikacija (med člani negovalnega tima, med medicinskimi sestrami in zdravniki, med medicinskimi sestrami in podpornim kadrom) (AHRQ, 2022). Procesni faktorji se nanašajo na izvajanje zdravstvene nege oziroma na neizvajanje (deloma, v celoti, z zamudo), rezultatni pa imajo direkten vpliv na zdravstveno stanje pacienta, njegovo zadovoljstvo ter tudi na zadovoljstvo medicinskih sester (Moreno - Monsiváis idr., 2015).

Wakefield (2014) navaja, da delovno okolje najmočneje vpliva na neizvajanje zdravstvene nege in med drugim vključuje tudi kadre, menedžment in vodenje, pomoč drugih medicinskih sester in zdravnikov ter sodelovanje pri odločanju. Bahun in Skela - Savič (2021) ugotavljata, da so kadrovske značilnosti (število, izobrazbena struktura), sociodemografske značilnosti, značilnosti delovnega okolja in timsko delo s komunikacijo glavni dejavniki neizvedene zdravstvene nege.

Glede na navedene strukturne faktorje, prisotne v času dela, morajo medicinske sestre postavljati prioritete pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege (AHRQ, 2022). Večje število neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in pomanjkanje kadra vplivajo na zmanjšanje varnosti pacientov (Sung - Hyun idr., 2020). Neizvedena zdravstvena nega vpliva na zdravstvene izide pacientov, na medicinske sestre in zdravstvene institucije (Dabney idr., 2019). Mynařikova idr. (2020) so v pregledu literature ugotovili, da neizvajanje zdravstvene nege povzroča bolnišnične okužbe, okužbe urinarnega trakta in pljučnice ter nastanek razjed zaradi pritiska, padce in napake pri izvajanju postopkov in posegov zdravstvene nege.

Posledice se kažejo v večjem številu neželenih dogodkov pri pacientih, kar povečuje stroške zdravstvene obravnave, v večjem nezadovoljstvu pacientov, morebitni višji stopnji smrtnosti (Mynařikova idr., 2020; Griffiths idr., 2018; Ambrosi idr., 2017), nezadovoljstvu medicinskih sester (Kalisch idr., 2011), njihovi povečani frustraciji in stresu (White idr., 2019) ter potrebi po spremembi delovnega mesta (Hosseini idr., 2022).

Neizvedena zdravstvena nega glede na konceptualni model predstavlja problem, saj medicinske sestre koordinirajo in izvajajo mnoge intervencije, ki jih predpišejo drugi. Medicinske sestre tudi načrtujejo, izvajajo in vrednotijo aktivnosti zdravstvene nege, ki jih same določijo, da bi omilile simptome bolezni in zadovoljile pacientove osnovne potrebe, ter promovirajo zdravje in poudarjajo pomen zdravljenja (AHRQ, 2022). Pojavlja se tudi vprašanje, katerim aktivnostim dajejo medicinske sestre prednost, morda le tistim, ki jih naroči zdravnik. Navedena teza še ni v zadostni meri raziskana (Wakefield, 2014).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti stanje neizvajanja zdravstvene nege pri nas in ugotoviti najpogostejše aktivnosti v zdravstveni negi, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki so zaposleni v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih, v vsakodnevni praksi najpogosteje ne izvedejo. Zanimali pa so nas tudi vzroki za neizvedeno zdravstveno nego.

## 2 Metoda

Izvedli smo presečno raziskavo, ki je potekala v marcu 2022.

### 2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Presečna raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije, kompilacije in sinteze. Podatke smo zbrali s spletno anketo 1KA. Dostop

do ankete smo posredovali na osebne elektronske naslove medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege iz osebne adrese visokošolskih učiteljev s prošnjo, da dostop do ankete po principu snežne kepe pošljejo naprej. Sodelujočim smo zagotovili anonimizacijo vseh osebnih podatkov, upoštevali smo tudi vsa etična načela raziskovanja.

## *2.2 Opis instrumenta*

Za pridobivanje podatkov smo uporabili revidirani vprašalnik »The MISSCARE Survey« (Kalisch, 2006), za katerega smo pridobili avtoričino pisno soglasje za uporabo in smo ga metodološko ustrezno prevedli. Vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop vključuje splošna vprašanja o delovnem okolju in značilnostih dela, ki ga opravljajo medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ter vprašanja za pridobitev demografskih podatkov (20 vprašanj). Drugi sklop je namenjen proučevanju neizvedene zdravstvene nege – v njem je navedenih 25 aktivnosti zdravstvene nege, ki se izvajajo pri pacientu in so jih respondenti ocenjevali z ozirom na frekvenco izvajanja (vedno, pogosto, občasno, redko, nikoli). V tretjem sklopu je navedenih 22 vzrokov za neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege, ki se nanašajo na kadrovske vire, materialne vire in komunikacijo. Udeleženci so na štiristopenjski lestvici Likertovega tipa ugotavljali pomembnost posameznega vzroka za neizvedeno zdravstveno nego. Podali so lahko naslednje ocene: pomemben vzrok, zmeren vzrok, manjši vzrok, ni vzroka za neizvedeno zdravstveno nego.

## *2.3 Opis vzorca*

V raziskavi je sodelovalo 180 medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, od tega 88,4 % žensk in 11,6 % moških. Udeleženci so bili v povprečju stari 41,7 leta (SD = 9,78 leta). 82 je bilo diplomiranih medicinskih sester, 26 tehnikov zdravstvene nege in 64 diplomiranih medicinskih sester, ki so zaposlene kot vodje tima zdravstvene nege, vodje enote, oddelka, ambulante in so vključene v izvajanje neposredne zdravstvene nege in imajo v povprečju več kot 10 let delovnih izkušenj na sedanjem delovnem mestu. Ostali demografski podatki so vidni v tabeli 1.

**Tabela 1***Demografski podatki/Demographic Data*

<i>Demografske spremenljivke in ponujeni odgovori</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Mesto zaposlitve</i>		
bolnišnična dejavnost	104	57,5
primarna zdravstvena dejavnost	59	32,6
socialnovarstvena dejavnost	14	7,7
rehabilitacijska dejavnost	2	1,1
drugo (npr. patronaža)	2	1,1
<i>Najvišja stopnja izobrazbe</i>		
srednja izobrazba	33	18,2
višja strokovna izobrazba	4	2,2
visoka strokovna izobrazba	86	47,5
univerzitetna izobrazba	20	11,0
magistrski študij (2. bolonjska stopnja)	32	17,7
znanstveni magisterij	4	2,2
doktorat znanosti	2	1,1
<i>Stopnja izobrazbe medicinske sestre</i>		
zaključni izpit/matura v zdravstveni negi	34	18,8
diploma na višji/visoki strokovni stopnji	22	12,2
diploma v zdravstveni negi	72	39,8
diploma na specialističnem študiju	6	3,3
diploma izven zdravstvene nege	9	5,0
magisterij v zdravstveni negi	24	13,3
magisterij izven zdravstvene nege	12	6,6
doktorat izven zdravstvene nege	2	1,1
<i>Delovno mesto</i>		
tehnik zdravstvene nege	26	14,4
diplomirana medicinska sestra	82	45,6
diplomirana medicinska sestra, vodja tima zdravstvene nege	20	11,1
diplomirana medicinska sestra, vodja enote/oddelka/ambulante	35	19,4
pomočnica direktorja za zdravstveno nego v zavodu	9	5,0
drugo	8	4,4
<i>Delovna doba</i>		
do 6 mesecev	2	1,1
od 6 mesecev do 2 leti	5	2,8
2–5 let	15	8,3
5–10 let	21	11,7
več kot 10 let	137	76,1
<i>Delovna doba na trenutnem delovnem mestu</i>		
do 6 mesecev	10	5,6
od 6 mesecev do 2 leti	12	6,7
2–5 let	34	18,9

5–10 let	26	14,4
več kot 10 let	98	54,4
<i>Načrtovanje menjave delovnega mesta*</i>		
v naslednjih 6 mesecih	4	2,3
v naslednjem letu	26	14,7
tega ne načrtujem	147	83,1

Opomba: Pri označeni spremenljivki (\*) so 4 manjkajoče vrednosti/There are 4 missing values in the variable

## 2.4 Opis obdelave podatkov

Za analizo podatkov smo uporabili deskriptivno statistiko ter Spearmanov koeficient korelacije za prikaz povezanosti spremenljivk.

## 3 Rezultati

Ugotovili smo, da medicinske sestre najpogosteje ne izvedejo naslednjih nalog: dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov ( $M = 1,86$ ,  $SD = 1,21$ ), čustvena podpora pacientu in/ali svojcem ( $M = 2,05$ ,  $SD = 1,11$ ) ter poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati ( $M = 2,12$ ,  $SD = 1,22$ ). Najredkeje pa ne izvedejo naslednjih nalog: pomoč pri vstajanju pacienta 3-krat na dan ( $M = 3,57$ ,  $SD = 1,47$ ), hranjenje pacienta, ko je hrana še topla ( $M = 3,63$ ,  $SD = 1,60$ ), in obračanje pacienta vsaki 2 uri ( $M = 3,81$ ,  $SD = 1,44$ ) (tabela 2).

**Tabela 2**

*Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege medicinskih sester/Missed Nursing Care Activities – Registered Nurses*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Vedno</i> (1) v %	<i>Pogosto</i> (2) v %	<i>Občasno</i> (3) v %	<i>Redko</i> (4) v %	<i>Nikoli</i> (5) v %	<i>Mo</i>
Dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov.	82	1,86	1,21	56,1	20,7	8,5	9,8	4,9	1,00
Čustvena podpora pacientu in/ali svojcem.	82	2,05	1,11	39,0	32,9	15,9	8,5	3,7	1,00
Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati.	82	2,12	1,22	40,2	29,3	14,6	9,8	6,1	1,00
Merjenje vitalnih znakov po naročilu.	82	2,13	1,47	53,7	13,4	12,2	7,3	13,4	1,00
Oskrba rane, nega poškodovane kože.	81	2,30	1,57	50,6	13,6	7,4	12,3	16,0	1,00

Merjenje ravni sladkorja v krvi, kot je naročeno.	81	2,32	1,59	49,4	14,8	8,6	8,6	18,5	1,00
Ponovno ocenjevanje potreb pacienta glede na njegovo stanje.	82	2,39	1,46	37,8	25,6	12,2	8,5	15,9	1,00
Ocena učinkovitosti zdravil.	81	2,47	1,51	37,0	24,7	9,9	11,1	17,3	1,00
Udeležba na medpoklicnih sestankih.	81	2,48	1,22	24,7	29,6	27,2	9,9	8,6	2,00
Ocenjevanje potreb pacienta v vsaki delovni izmeni.	82	2,52	1,49	32,9	28,0	11,0	9,8	18,3	1,00
Umivanje rok.	82	2,61	1,65	42,7	11,0	11,0	13,4	22,0	1,00
Ocena vbodnega mesta IV centralnega katetra glede na strokovni standard ustanove.	81	2,68	1,64	39,5	12,3	12,3	12,3	23,5	1,00
Ustrezen nadzor nad zmedenimi/ poškodovanimi pacienti.	81	2,81	1,64	35,8	11,1	14,8	12,3	25,9	1,00
Odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulante v roku 5 minut.	81	2,89	1,70	34,6	14,8	8,6	11,1	30,9	1,00
Apliciranje po potrebi predpisanega zdravila na prošnjo pacienta v 15 minutah.	81	2,89	1,70	35,8	12,3	8,6	13,6	29,6	1,00
Aplikacija zdravila v času 30 minut pred ali po predpisanem času.	81	2,99	1,67	29,6	17,3	9,9	11,1	32,1	5,00
Spremljanje vnosa tekočine in hrane ter izločanja.	81	3,12	1,65	24,7	19,8	8,6	12,3	34,6	5,00
Pomoč pacientu pri potrebah odvajanja v 5 minutah po zaprosilu.	81	3,18	1,65	23,5	19,8	8,6	11,1	37,0	5,00
Načrtovanje odpusta in poučevanje pacienta.	82	3,19	1,64	22,0	22,0	7,3	12,2	36,6	5,00
Serviranje hrane pacientu, ki se hrani sam.	81	3,44	1,73	28,4	4,9	6,2	14,8	45,7	5,00

Nega ustne votline.	81	3,44	1,59	17,3	18,5	8,6	13,6	42,0	5,00
Kopanje pacienta, nega kože.	81	3,51	1,53	14,8	17,3	11,1	16,0	40,7	5,00
Pomoč pri vstajanju pacienta trikrat na dan.	81	3,57	1,47	13,6	14,8	12,3	19,8	39,5	5,00
Hranjenje pacienta, ko je hrana še topla.	81	3,63	1,60	18,5	11,1	7,4	14,8	48,1	5,00
Obračanje pacienta vsaki 2 uri.	81	3,81	1,44	11,1	11,1	13,6	13,6	50,6	5,00

Legenda: N – število, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, Mo – modus/N – Number, M – Arithmetic Mean, SD – Standard Deviation, Mo – Mode

Tudi tehniki zdravstvene nege najpogosteje ne dokumentirajo vseh zahtevanih podatkov ( $M = 1,69$ ,  $SD = 1,29$ ), ne oskrbijo rane in ne negujejo poškodovane kože ( $M = 1,73$ ,  $SD = 1,04$ ) ter prav tako ne nudijo čustvene podpore pacientu in/ali svojcem ( $M = 1,88$ ,  $SD = 0,99$ ). Najredkeje pa ne izvedejo naslednjih nalog: obračanje pacienta vsaki 2 uri ( $M = 3,19$ ,  $SD = 1,52$ ), nega ustne votline ( $M = 3,35$ ,  $SD = 1,62$ ) in načrtovanje odpusta ter poučevanje pacienta ( $M = 3,36$ ,  $SD = 1,63$ ). Ostali podatki so razvidni v tabeli 3.

### Tabela 3

#### Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege tehnikov zdravstvene nege/Missed Nursing Care Activities – Nursing Technicians

	N	M	SD	Vedno (1) v %	Pogosto (2) v %	Občasno (3) v %	Redko (4) v %	Nikoli (5) v %	Mo
Dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov.	26	1,69	1,29	73,1	3,8	11,5	3,8	7,7	1,00
Oskrba rane, nega poškodovane kože.	26	1,73	1,04	61,5	11,5	19,2	7,7	0,0	1,00
Čustvena podpora pacientu in/ali svojcem.	26	1,88	0,99	42,3	38,5	7,7	11,5	0,0	1,00
Merjenje vitalnih znakov po naročilu.	26	2,04	1,31	50,0	19,2	15,4	7,7	7,7	1,00
Umivanje rok.	26	2,19	1,63	57,7	7,7	11,5	3,8	19,2	1,00
Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati.	25	2,20	1,32	40,0	28,0	12,0	12,0	8,0	1,00
Merjenje ravnih sladkorja v krvi, kot je naročeno.	26	2,27	1,43	46,2	11,5	23,1	7,7	11,5	1,00



Ustrezen nadzor nad zmedenimi/ poškodovanimi pacienti.	25	2,28	1,51	44,0	24,0	8,0	8,0	16,0	1,00
Ponovno ocenjevanje potreb pacienta glede na njegovo stanje.	26	2,58	1,50	34,6	15,4	26,9	3,8	19,2	1,00
Hranjenje pacienta, ko je hrana še topla.	25	2,68	1,82	44,0	16,0	0,0	8,0	32,0	1,00
Udeležba na medpoklicnih sestankih.	26	2,69	1,44	23,1	30,8	19,2	7,7	19,2	2,00
Ocenjevanje potreb pacienta v vsaki delovni izmeni.	26	2,73	1,56	30,8	19,2	19,2	7,7	23,1	1,00
Aplikacija zdravila v času 30 minut pred ali po predpisanem času.	26	2,77	1,77	42,3	7,7	11,5	7,7	30,8	1,00
Apliciranje po potrebi predpisanega zdravila na prošnjo pacienta v 15 minutah.	26	2,77	1,70	38,5	11,5	11,5	11,5	26,9	1,00
Serviranje hrane pacientu, ki se hrani sam.	26	2,85	1,91	50,0	0,0	0,0	15,4	34,6	1,00
Odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulante v roku 5 minut.	26	2,88	1,86	42,3	7,7	7,7	3,8	38,5	1,00
Pomoč pacientu pri potrebah odvajanja v 5 minutah po zaprosilu.	25	2,96	1,69	28,0	20,0	16,0	0,0	36,0	5,00
Spremljanje vnosa tekočine in hrane ter izločanja.	25	3,04	1,67	28,0	16,0	12,0	12,0	32,0	5,00
Ocena učinkovitosti zdravil.	25	3,04	1,74	32,0	12,0	12,0	8,0	36,0	5,00
Pomoč pri vstajanju pacienta trikrat na dan.	26	3,08	1,65	23,1	23,1	11,5	7,7	34,6	5,00
Kopanje pacienta, nega kože.	26	3,08	1,74	26,9	23,1	3,8	7,7	38,5	5,00
Ocena vbodnega mesta IV centralnega katetra glede na strokovni standard ustanove.	26	3,15	1,69	26,9	15,4	7,7	15,4	34,6	5,00

Obračanje pacienta vsaki 2 uri.	26	3,19	1,52	15,4	23,1	23,1	3,8	34,6	5,00
Nega ustne votline.	26	3,35	1,62	15,4	26,9	7,7	7,7	42,3	5,00
Načrtovanje odpusta in poučevanje pacienta.	25	3,36	1,63	16,0	24,0	12,0	4,0	44,0	5,00

Legenda: N – število, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, Mo – modus/ Legend: N – Number, M – Arithmetic Mean, SD – Standard Deviation, Mo – Mode

Sodelujoči v raziskavi so kot najpomembnejši vzrok za neizvedeno zdravstveno nego navedli neustrezno število kadra ( $M = 1,59$ ,  $SD = 0,96$ ), nepričakovano povečanje števila pacientov v enoti/oddelku/ambulantni ( $M = 1,79$ ,  $SD = 1,07$ ) ter nujno stanje pacienta (npr. poslabšanje) ( $M = 1,88$ ,  $SD = 1,17$ ). Na neizvajanje zdravstvene nege pa najmanj vplivata naslednja vzroka: zdravila, ki niso bila na voljo, ko so bila potrebna ( $M = 2,46$ ,  $SD = 1,10$ ), ter da drugi oddelki niso izvajali potrebnih oskrb ( $M = 2,48$ ,  $SD = 1,06$ ). Ostali vzroki za neizvedeno zdravstveno nego so navedeni v tabeli 4.

**Tabela 4**

*Najpomembnejši vzroki za neizvedeno zdravstveno nego/The main causes of missed nursing care*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Pomemben vzrok (1) v %</i>	<i>Zmeren vzrok (2) v %</i>	<i>Manjši vzrok (3) v %</i>	<i>Ni vzroka za neizvedeno nego (4) v %</i>	<i>Mo</i>
Neustrezno število kadra.	169	1,59	0,96	66,3	17,8	7,1	8,9	1,00
Nezadostno število drugega kadra v enoti/oddelku/ambulantni (npr. zdravstveni tehniki, bolničarji, negovalci, administratorji).	167	1,68	0,98	59,9	21,6	9,6	9,0	1,00
Nepričakovano povečanje števila pacientov v enoti/oddelku/ambulantni.	162	1,79	1,07	56,8	19,8	11,1	12,3	1,00
Nujno stanje pacienta (npr. poslabšanje).	167	1,88	1,17	57,5	14,4	10,8	17,4	1,00
Čustvena in fizična izčrpanost.	164	1,88	1,04	48,8	25,0	15,2	11,0	1,00
Zaradi bolniških odsotnosti, dopustov in drugih opravičljivih razlogov ni bilo na voljo dovolj kadra.	163	1,93	1,07	47,2	25,2	14,7	12,9	1,00

Neenakomerno število aktivnosti zdravstvene nege pri pacientih.	164	1,96	0,96	37,8	37,8	14,6	9,8	1,00
Povečanje števila sprejemov in odpustov v enoti/oddelku/ambulantni.	164	2,00	1,06	42,7	27,4	17,1	12,8	1,00
Motnje/večopravnost.	165	2,01	1,04	42,4	24,2	23,0	10,3	1,00
Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z zdravstvenim osebjem.	164	2,05	1,05	41,5	22,0	26,2	10,4	1,00
Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z drugimi enotami/oddelki/ambulantami.	164	2,06	1,04	39,6	25,6	23,8	11,0	1,00
Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji znotraj tima zdravstvene nege.	165	2,10	1,07	40,6	20,0	27,9	11,5	1,00
Pomanjkanje podpore s strani članov tima.	165	2,22	1,13	37,0	21,8	23,0	18,2	1,00
Neustrezna podpora s strani vodij.	165	2,26	1,18	39,4	15,8	24,2	20,6	1,00
Tehniki zdravstvene nege niso sporočili, da zdravstvena nega ni bila izvedena.	164	2,26	1,18	39,0	15,9	25,0	20,1	1,00
Neustrezen nadzor nad izvajalci zdravstvene nege.	164	2,26	1,10	32,9	25,0	25,0	17,1	1,00
Pripomočki/oprema niso bili na voljo, ko so bili potrebni.	165	2,31	1,06	30,3	23,0	32,1	14,5	3,00
Pripomočki/oprema niso ustrezno delovali.	165	2,35	1,04	28,5	22,4	35,2	13,9	3,00
Neustrezna predaja dela med delovnimi izmenami ali pri predaji pacienta.	166	2,36	1,06	27,1	27,7	27,7	17,5	2,00
Pomanjkanje namigov/opozoril.	164	2,41	1,04	23,8	28,7	29,9	17,7	3,00

Zdravila niso bila na voljo, ko so bila potrebna.	166	2,46	1,10	25,9	24,1	28,3	21,7	3,00
Drugi oddelki niso izvajali potrebne oskrbe (npr. fizioterapija ni potekala).	165	2,48	1,06	23,0	26,1	30,3	20,6	3,00

Legenda: N – število, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, Mo – modus/N – Number, M – Arithmetic Mean, SD – Standard Deviation, Mo – Mode

S Spearmanovim koeficientom korelacije, ki prikazuje povezanost dveh spremenljivk, v našem primeru delovne izkušnje na delovnem mestu medicinske sestre in tehnika zdravstvene nege ter aktivnosti zdravstvene nege, smo ugotovili, da več kot imajo izvajalci zdravstvene nege delovnih izkušenj, redkeje ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege in nasprotno, manj kot imajo delovnih izkušenj, pogosteje ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege. Navedena povezanost je statistično pomembna pri naslednjih aktivnostih zdravstvene nege: merjenje vitalnih znakov po naročilu ( $p = 0,018$ ), merjenje ravni krvnega sladkorja v krvi ( $p = 0,045$ ) in odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulante v roku petih minut ( $p = 0,006$ ) (tabela 5).

### Tabela 5

*Povezanost med izkušnjami na sedanjem delovnem mestu in neizvedeno zdravstveno nego/The Link between Experience in the Current Workplace and Missed Nursing Care*

Aktivnosti zdravstvene nege	Delovne izkušnje na sedanjem delovnem mestu		
	Spearman's $\rho$	$p$	$N$
Pomoč pri vstajanju pacienta trikrat na dan.	0,021	0,778	178
Obračanje pacienta vsaki 2 uri.	-0,063	0,400	178
Hranjenje pacienta, ko je hrana še topla.	-0,072	0,340	177
Serviranje hrane pacientu, ki se hrani sam.	0,017	0,817	178
Aplikacija zdravila v času 30 minut pred ali po predpisanem času.	0,066	0,382	178
Merjenje vitalnih znakov po naročilu.	0,177*	0,018	179
Spremljanje vnosa tekočine in hrane ter izločanja.	0,075	0,320	177
Dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov.	0,098	0,194	179
Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati.	-0,062	0,413	178
Čustvena podpora pacientu in/ali svojcem.	0,041	0,584	179
Kopanje pacienta, nega kože.	0,010	0,899	177
Nega ustne votline.	-0,023	0,757	178

Umivanje rok.	0,092	0,220	178
Načrtovanje odpusta in poučevanje pacienta.	-0,084	0,268	177
Merjenje ravnih sladkorja v krvi, kot je naročeno.	0,151*	0,045	178
Ocenjevanje potreb pacienta v vsaki delovni izmeni.	-0,026	0,727	177
Ponovno ocenjevanje potreb pacienta glede na njegovo stanje.	-0,010	0,894	179
Ocena vbojnega mesta IV centralnega katetra glede na strokovni standard ustanove.	-0,008	0,912	177
Odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulante v roku 5 minut.	0,207**	0,006	177
Apliciranje po potrebi predpisanega zdravila na prošnjo pacienta v 15 minutah.	0,017	0,826	178
Ocena učinkovitosti zdravil.	0,013	0,860	176
Udeležba na medpoklicnih sestankih.	0,113	0,133	178
Pomoč pacientu pri potrebah odvajanja v 5 minutah po zaprosilu.	0,001	0,994	177
Oskrba rane, nega poškodovane kože.	0,075	0,317	178
Ustrezen nadzor nad zmedenimi/poškodovanimi pacienti.	0,038	0,614	177

## 4 Razprava

Z našo raziskavo smo ugotovili, katere so najpogostejše aktivnosti zdravstvene nege, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege ne izvedejo v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih, ter vzroke za to.

Ugotovili smo tudi, da več kot imajo izvajalci zdravstvene nege delovnih izkušenj, redkeje ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege. Podobno ugotavljajo tudi Phelan, McCarthy in Adams (2018), ki so med 458 medicinskimi sestrami na Irskem ugotovili, da več aktivnosti zdravstvene nege ne izvedejo tisti, ki imajo manj kot pet let delovnih izkušenj. Tudi ugotovitve raziskave avtorja Hosseini idr. (2022) med 135 medicinskimi sestrami v Iranu so pokazale, da medicinske sestre z več kot desetimi leti delovnih izkušenj izvajajo zdravstveno nego bolje, saj tiste z manj delovnimi izkušnjami večkrat ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege.

Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati je ena izmed aktivnosti, ki jo medicinske sestre, ki so sodelovale v naši raziskavi, najpogosteje ne izvedejo. Podobno ugotavljajo Moreno - Monsiváis idr. (2015) in menijo, da je poučevanje zelo pomembna aktivnost, ki bi morala biti prioriteta pri medi-

cinskih sestrah, saj pacientom pomaga izboljšati sodelovanje z njimi in jim omogoča sprejemati odločitve glede zdravstvene nege na podlagi podanih informacij.

Ena izmed ugotovitev naše raziskave je, da tako medicinske sestre kot tudi tehniki zdravstvene nege ne nudijo čustvene podpore pacientu in/ali svojcem. Enako ugotavljajo Plevová idr. (2021) ter Moreno - Monsiváis idr. (2015). AHRQ (2022) navaja rezultate sistematičnega pregleda 42 raziskav, v katerih je od 55 do 98 % medicinskih sester, vključenih v raziskave, poročalo o neizvedenih aktivnostih zdravstvene nege. Kot najpogosteje neizvedeno aktivnost pa so prav tako navedli neizvajanje čustvene podpore pacientu in/ali svojcem. Tudi Moreno - Monsiváis idr. (2015) so med 160 medicinskimi sestrami, ki so bile vključene v raziskavo, ugotovili, da čustvena podpora ni nudena v obsegu 21,3 % v okviru vseh neizvedenih aktivnosti.

Po mnenju pacientov medicinske sestre ne izvajajo potrebnih aktivnosti zaradi potrebe po dokumentiranju vseh zahtevanih podatkov (Moreno - Monsiváis idr., 2015), saj kar 25 % delovnega časa porabijo za dokumentiranje (McNair idr., 2016). V naši raziskavi pa smo ugotovili, da je prav dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov med najpogosteje neizvedenimi aktivnostmi tako s strani medicinskih sester kot tudi tehnikov zdravstvene nege.

Skoraj polovica medicinskih sester in polovica tehnikov zdravstvene nege, vključenih v raziskavo, ne izvede merjenja krvnega sladkorja v krvi, kot je naročeno, za razliko od ugotovitev raziskave avtorja Hosseini idr. (2022), v kateri ugotavljajo prav nasprotno, in sicer da se medicinske sestre zavedajo pomena izvedbe navedene aktivnosti ob določenem času.

Medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki so sodelovali v naši raziskavi, izvedbo aktivnosti obračanja pacienta vsaki dve uri opustijo najredkeje. Medicinske sestre tudi najredkeje ne izvedejo naloge pomoči pri vstajanju pacienta 3-krat na dan. Do nasprotnih rezultatov so prišli raziskovalci Plevová idr. (2021) ter Villamin idr. (2019), ki navajajo, da je pomoč pri vstajanju najpogosteje neizvedena aktivnost.

V bolnišnicah na jugozahodu ZDA je kar 94 % medicinskih sester (N = 233) poročalo, da vsaj ena izmed aktivnosti zdravstvene nege ni izvedena pogosto ali celo vedno. V 36 % ni izvedena ustna nega (Smith idr., 2018), ki pa se v naši raziskavi ni izkazala za problematično aktivnost z vidika neizvedene zdravstvene nege.

Medicinske sestre (N = 2917), zaposlene na 401 kirurškem oddelku v 46 splošnih bolnišnicah v Angliji, so v 86 % poročale, da najpogosteje ne poučujejo pacientov, se z njimi ne pogovarjajo in ne posodobijo načrta zdravstvene nege. Neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege je povezano s številom pacientov, ki jih obravnava medicinska sestra (Ball idr., 2014).

Najpogostejši vzrok za neizvedeno zdravstveno nego, ki smo ga v naši raziskavi ugotovili, je neustrezno število kadra. Podobno ugotavljajo tudi Hosseini idr. (2022), saj je neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege povezano tako s številom kadra kot s pomanjkanjem časa za izvajanje potrebne zdravstvene nege. Avtorica Filej (2020), ki je izvedla kvalitativno raziskavo med 23 študenti izrednega študija na različnih magistrskih študijskih programih, je prav tako ugotovila, da so vzroki za neizvedeno zdra-

vstveno nego v nezadostnem številu medicinskih sester, njihovi preobremenjenosti, pomanjkanju časa in hitenju pri obravnavi pacientov, njihovi utrujenosti in pozabljanju, kar posledično daje vtis, da imajo slabše znanje. Tudi Cho idr. (2020) so ugotovili povezanost med večjim številom neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in manjšim številom kadra, kar vpliva na manjše zadovoljstvo pacientov in nižjo stopnjo kakovosti zdravstvene nege. Kot ugotavlja AHRQ (2022), imajo enote z boljšo kadrovsko zasedbo nižjo stopnjo neizvedene zdravstvene nege, kar pomeni, da je potrebno tam, kjer prihaja do neizvajanja aktivnosti zdravstvene nege, preveriti potrebe po kadru oz. povečati število kadra. Navajajo pa tudi, da navedena hipoteza v ZDA še ni bila testirana.

Kot ugotavljamo v raziskavi, je drugi najpomembnejši vzrok za neizvajanje zdravstvene nege nezadostno število drugega kadra v enoti in tretji nepričakovano povečanje števila pacientov, sledi nujno stanje pacienta (npr. poslabšanje zdravstvenega stanja). Hosseini idr. (2022) ugotavljajo kot drugi vzrok nujno zdravstveno stanje pacienta in kot tretji neenakomerno število aktivnosti zdravstvene nege pri pacientih.

Neizvedena zdravstvena nega je lahko razlog za poročanje o zmanjšani kakovosti zdravstvene nege, o manjšem zadovoljstvu pacientov, povečanju števila neželenih dogodkov, zmanjšanjem zadovoljstvu na delovnem mestu ter za povečano namero odhoda iz poklica (Jones idr., 2015). Rezultati naše raziskave so pokazali, da kljub številnim vzrokom za neizvajanje zdravstvene nege 83,1 % sodelujočih v raziskavi sploh ne načrtuje menjave delovnega mesta.

Moreno - Monsiváis idr. (2015) navajajo mnenje Svetovne zdravstvene organizacije, da je najpomembnejši vidik varnosti pacientov njihova zaščita pred povzročitvijo škode v času njihove obravnave. Zato je danes zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege in zagotavljanje varnosti pacientov največji izziv medicinskim sestram (Moreno - Monsiváis idr., 2015). Medicinske sestre dojemajo varnost pacientov kot enega izmed faktorjev zadovoljstva s svojim delom (Plevová idr., 2021).

Raziskava ima seveda nekaj omejitev: razmeroma majhen vzorec, kar pomeni, da rezultatov ne moremo posplošiti; nikalno zastavljena vprašanja, kar lahko povečuje težave z razumevanjem vprašanja in posledično otežuje tudi interpretacijo; izvedba raziskave v času pandemije covid-19, ki je močno vplivala na delovne obremenitve medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege ter razkrila velike potrebe po kadrovski okrepitvi. Vprašalnik je bil sicer metodološko ustrezno preveden, vendar nekatere aktivnosti, ki so navedene v vprašalniku kot možne, da se ne izvedejo, niso v skladu s kompetencami medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege pri nas. Bahun in Skela - Savič (2021) poudarjata, da se kompetence izvajalcev zdravstvene nege na različnih izobrazbenih ravneh med državami razlikujejo, še posebej, če jih primerjamo z državami izven Evropske unije.

Vsekakor pa raziskava nudi pomemben vpogled tudi v morebitne vzroke nezadovoljstva pacientov, pomanjkanja pripravljenosti sodelovanja med člani timov in vzroke za negativne izide zdravljenja. S tega vidika je predvsem zanimivo neizvajanje aktivnosti čustvene podpore pacientu in/ali svojcem. To, da se pacienti ne počutijo slišane in da izvajalci zdravstvene nege nimajo možnosti razbremenitve v tako stresni situaciji, kot

je ogroženost našega zdravja in varnosti, namreč pomembno vpliva na zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom in na potrebno sodelovanje zdravstvenih strokovnjakov.

## 5 Zaključek

Neizvedena zdravstvena nega ni le globalni zdravstveni problem, temveč postaja problem tudi v slovenskem zdravstvu. Z raziskavo smo ugotovili najpogostejše aktivnosti, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege pri svojem delu ne izvedejo, in najpomembnejše vzroke za to. Kljub kadrovskim, materialnim in organizacijskim težavam, ki so prisotne v našem zdravstvenem sistemu, je pozitivno to, da manj kot petina izvajalcev zdravstvene nege, kljub pomanjkanju kadra, ne načrtuje menjave delovnega mesta. Zavedati pa se moramo, da neizvajanje zdravstvene nege vpliva na kakovost in varnost pacientov, na njihovo nezadovoljstvo, ker jim niso zadovoljene njihove osnovne potrebe po zdravstveni negi, in na njihovo zaupanje v celoten zdravstveni sistem.

*Bojana Filej, PhD, Mojca Poredoš, PhD, Tamara Štemberger Kolnik, PhD, Andreja Ljubič, Boris Miha Kaučič, PhD*

### **Missed Nursing Activities in Health and Social Care Institutions: A Cross-Sectional Study**

*The concept of missed nursing care refers to nursing activities that nurses consciously or unconsciously fail to perform, perform only partially, or perform late (Kalisch et al., 2011). Kalisch was the first to identify the phenomenon of missed nursing care in 2006 when she conducted a qualitative study and indicated that nursing activities are missed due to nursing shortages, poor teamwork, and ineffective delegation of tasks (Kalisch, 2006).*

*The concept was not recognised as important, and therefore it was not presented as a problem because the standard of nursing care was not achieved (Kalisch et al., 2009). Later studies have shown that missed nursing care causes many complications in patients, resulting in longer hospital stays, higher costs, and impaired patient satisfaction with health treatment (Kalisch and Xie, 2014; Lucero et al., 2010). Mynařikova et al. (2020) state that missed nursing care is present in all hospitals.*

*In the literature, we find different names for the concept of missed nursing care – in the English language, e.g., missed nursing care, care left undone, omission of nursing care, rationed nursing care (Kalisch et al., 2009; Zeleníková et al., 2019; Srulovici and Drach - Zahavy, 2017).*

*The concept of missed nursing care is based on the Donabedian quality assessment model with the structure, process and outcome approach (Plevová et al., 2021). The*



structural factors influencing missed nursing care are: personnel resources (number, education, competence, work experience of employees); material resources (equipment, nursing aids, medicines); teamwork and communication (among members of the nursing team, between nurses and doctors, among nurses and the support staff). Based on the listed structural factors present during work, nurses must prioritise the performance of nursing activities (AHRQ, 2022). The process factors are related to performing or omitting nursing care, while the outcome factors concern the health status of the patient, his/her satisfaction with the care and the satisfaction of nurses (Moreno - Monsiváis et al., 2015). Missed nursing care affects patients' health outcomes (Dabney et al., 2019), reduces their safety (Sung - Hyun et al., 2020), increases the number of adverse events in patients, increases patient dissatisfaction, and increases the mortality rate (Mynařikova et al., 2020; Griffiths et al., 2018; Ambrosi et al., 2017). It also affects the dissatisfaction of nurses (Kalisch et al., 2011), increasing their frustration and stress (White et al., 2019).

The aim of the study was to identify the most common nursing activities that nurses and nursing technicians employed in health and social care institutions most often fail to perform in their daily practice, and to determine the causes of missed nursing care.

A total of 180 nurses and nursing technicians participated in the study, of whom 88.4% were women and 11.6% were men. Participants were on average 41.7 years old ( $SD = 9.78$  years) and had on average more than 10 years of work experience in their current position.

The study was based on a quantitative research approach. The data were collected using the questionnaire "The MISSCARE Survey" (Kalisch, 2006) with the IKA online survey tool. The author's written consent was obtained for the use of the questionnaire. The questionnaire consists of three chapters: work environment, work characteristics and demographic data (20 questions); missed nursing activities (25 activities are listed); reasons for missed nursing care (22 reasons are listed).

We found that nurses most often do not perform the following tasks: documenting all the required data; providing emotional support to the patient and/or relatives; and educating the patient about the disease, examinations and diagnostic results. They rarely fail to perform the following tasks: helping the patient get up 3 times a day; feeding the patient while the food is still warm; and turning the patient every 2 hours. Similarly, nursing technicians most often do not document all the required data; they do not take care of the wound or care for damaged skin; likewise, they do not provide emotional support to the patient and/or relatives. They rarely fail to perform the following tasks: turning the patient every 2 hours; oral cavity care; discharge planning; and patient education. The participants in the research cited an inadequate number of personnel, an unexpected increase in the number of patients in the unit/department/clinic, and an emergency patient condition (e.g., deterioration) as the most important reasons for missed nursing care. Using the Spearman correlation coefficient, which shows the connection between two variables, in our case work experience of a nurse and nursing technician and nursing activities, we found that nursing practitioners who have work experience will less often fail to perform nursing activities and, on the

contrary, less work experience means that they will more often fail to perform nursing activities. The mentioned correlation is statistically significant in the following nursing activities: vital sign measurement as requested ( $p = 0.018$ ); measuring blood sugar levels ( $p = 0.045$ ); and responding to a light and sound signal or to the patient knocking on the clinic's door within five minutes ( $p = 0.006$ ).

Our research shows the most common nursing activities that nurses and nursing technicians fail to perform, the reasons for not performing them, and that the more work experience nursing providers have, the less frequently they fail to perform nursing activities. Phelan et al. (2018) note that the percentage of missed nursing activities is higher in employees with fewer than five years of work experience.

One of the activities that participants in the research most often fail to perform is educating the patient about the disease, examinations and diagnostic results, although Moreno - Monsiváis et al. (2015) believe that educating is a very important activity that should be a priority, as it allows patients to make informed decisions about nursing care. Our research also showed insufficient emotional support provided to the patient and/or relatives. Plevová et al. (2021), Moreno - Monsiváis et al. (2015), AHRQ (2022) have reached the same conclusions. Nurses and nursing technicians rarely fail to perform the task of turning the patient every two hours, and nurses also rarely fail to perform the task of helping the patient get up three times a day. The researchers Plevová et al. (2021) and Villamin et al. (2019) have obtained opposite results. They state that assistance in getting up is the most frequently unperformed activity.

In hospitals in the Southwestern United States, researchers surveyed 233 nurses and reported that oral care was not performed in 36% (Smith et al., 2018), which in our study did not prove to be a problematic activity from the point of view of missed nursing care.

According to patients' opinions, nurses do not perform the required nursing activities because of documentation (Moreno - Monsiváis et al., 2015), which takes up 25% of their working time (McNair et al., 2016). We found that documentation is one of the most frequently missed nursing activities.

The most common cause of missed nursing care, also found in our survey, is inadequate staffing, as has also been noted by Filej (2020), Cho et al. (2020) and AHRQ (2022). The second reason for missed nursing care is the insufficient number of other staff, while the third is an unexpected increase in patients and the deterioration of their health. Hosseini et al. (2022) also found the reason of missed nursing care to be an unequal number of nursing activities and emergency situations among patients.

Of course, our research has some limitations: a relatively small sample which makes it difficult to generalise; questions asked in negative terms, which can increase problems with understanding the question and, as a result, making interpretation difficult; carrying out a survey during the Covid-19 pandemic, which had a significant impact on the workloads of nurses and nursing technicians and revealed a great need for adequate staffing levels.

*We need to be aware that missed nursing care has an impact on the quality and safety of patients, on their satisfaction with and trust in the entire healthcare system. For this reason, quality assurance and safety are one of the greatest challenges of nurses today and are related to their satisfaction with their own work.*

## LITERATURA

1. AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). Missed Nursing Care. Dostopno na: <https://psnet.ahrq.gov/primer/missed-nursing-care> (pridobljeno 10. 5. 2022).
2. Ambrosi, E., De Togni, S., Guarnier, A. idr. (2017). In-Hospital Elderly Mortality and Associated Factors in 12 Italian Acute Medical Units: Findings From an Exploratory Longitudinal Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(3), 517–527. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0576-8>
3. Bahun, M. in Skela - Savič, B. (2021). Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 42–51. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3061>
4. Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M. idr. (2014). Care Left Undone during Nursing Shifts: Associations with Workload and Perceived Quality of Care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116–125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
5. Cho, S. H., Lee, J. Y., You, S. J. idr. (2020). Nurse Staffing, Nurses Prioritization, Missed Care, Quality of Nursing Care, and Nurse Outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12803. <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
6. Dabney, B. W., Kalisch, B. J. in Clark, M. (2019). A Revised MISSCARE Survey: Results from Pilot Testing. *Applied Nursing Research*, 50, 151202. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151202>
7. Filej, B. (2020). Vzroki za opuščanje izvajanja zdravstvene nege. V: Kregar Velikonja, N. (ur.). *Celostna obravnava pacienta* (str. 20–25). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
8. Griffiths, P., Recio - Saucedo, A., Dall’Ora, C. idr. (2018). The Association Between Nurse Staffing and Omissions in Nursing Care: A Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
9. Hosseini, Z., Raisi, L., Maghari, A. H. idr. (2022). Missed Nursing Care in the Covid-19 pandemic in Iran. *International Journal of Nursing Knowledge*, 1–6. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12390>
10. Jones, T. L., Hamilton, P. in Murry, N. (2015). Unfinished Nursing Care, Missed Care, and Implicitly Rationed Care: State of the Science Review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
11. Kalisch, B. J. (2006). Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
12. Kalisch, B. J. in Xie, B. (2014). Errors of omission. *Western Journal of Nursing Research*, 367, 875–890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
13. Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. in Hinshaw, A. S. (2009). Missed Nursing Care: a Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
14. Kalisch, B. J., Tschannen, D. in Lee, K. H. (2011). Do Staffing Levels Predict Missed Nursing Care? *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), 302–308. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr009>
15. Krichbaum, K., Diemert, C., Jacox, L. idr. (2007). Complexity Compression: Nurses under Fire. *Nurse Forum*, 42(2), 86–94. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00071.x>
16. Lucero. R. J., Lake, E. T. in Aiken, L. H. (2010). Nursinf Care Quality and Adverse Events in US Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2185–2195. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x>
17. McMullen, S. L., Kozik, C. A., Myers, G. idr. (2017). Improving Nursing Care: Examining Errors of Omission. *Medsurg Nursing*, 26(1), 9–15.

18. McNair, N., Baird, J., Grogan, T. R. idr. (2016). Is Spending More Time Associated With Less Missed Care?: A Comparison of Time Use and Missed Care Across 15 Nursing Units at 2 Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 46(9), 428–437. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000371>
19. Moreno - Monsiváis, M. G., Moreno - Rodríguez, C. in Interrial - Guzmán, M. G. (2015). Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan*, 15(3), 318–328. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2>
20. Mynařikova, E., Jarošová, D., Janíková, E. idr. (2020). Occurrence of Hospital-Acquired Infections in Relation to Missed Nursing Care: a Literature Review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11(1), 43–49. <https://doi: 10.15452/CEJNM.2020.11.0007>.
21. Phelan, A., McCarthy, S. in Adams, E. (2018). Examining Missed Care in Community Nursing: A Cross Section Survey Design. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 626–636. <https://doi.org/10.1111/jan.13466>
22. Plevová, I., Zeleníková, R., Jarošová, D. idr. (2021). The Relationship between Nurse's Job Satisfaction and Missed Nursing Care. *Medycyna Pracy*, 72(3), 231–237. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01035>
23. Smith, J. G., Morin, K. H., Wallace, L. E. idr. (2018). Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), 779–798. <https://doi.org/10.1177/0193945917734159>
24. Srulovici, E. in Drach - Zahavy, A. (2017). Nurses' Personal and Ward Accountability and Missed Nursing Care: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>
25. Sung - Hyun, C., Ji - Yun, L., Sun Ju, Y. idr. (2020). Nurse Staffing, Nurses Prioritization, Missed Care, Quality of Nursing Care, and Nurse Outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12803. <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
26. Villamin, C., Anderson, J., Fellman, B. idr. (2019). Variations in Missed Care Across Oncology Nursing Speciality Units. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 47–53. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000324>
27. Wakefield, B. J. (2014). Facing Up to the Reality Of Missed Care. *BMJ Quality & Safety*, 23, 92–94. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002489>
28. White, E. M., Aiken, L. H. in McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67, 2065–2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>
29. Zeleníková, R., Gurková, E. in Jarošová, D. (2019). Missed Nursing Care Measured by Misscare Survey - The First Pilot Study in the Czech Republic and Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(1), 958–966. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0002>

---

*Dr. Bojana Filej, izredna profesorica na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu in Fakulteti za zdravstvene vede v Celju*  
E-naslov: [bojana.filej@gmail.com](mailto:bojana.filej@gmail.com)

*Dr. Mojca Poredoš, asistentka na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani*  
E-naslov: [mojca.poredos@pef.uni-lj.si](mailto:mojca.poredos@pef.uni-lj.si)

*Dr. Tamara Štemberger Kolnik, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju in Ministrstvu za zdravje, Direktorat za javno zdravje*  
E-naslov: [tamara.stemberger-kolnik@fzvce.si](mailto:tamara.stemberger-kolnik@fzvce.si)

*Andreja Ljubič, Ministrstvo za zdravje, Direktorat za javno zdravje, višja predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju*  
E-naslov: [andreja.ljubic@gov.si](mailto:andreja.ljubic@gov.si)

*Dr. Boris Miha Kaučič, docent na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju*  
E-naslov: [miha.kaucic@fzvce.si](mailto:miha.kaucic@fzvce.si)