

# Varnost v zdravstveni negi

*Katarina Lokar*

## Uvod

Zdravstvena nega ne obstaja v izolaciji, ampak je eden od elementov sistema zdravstvenega varstva, na katerega vplivajo številni notranji in zunanji dejavniki. Kot del sistema zdravstvenega varstva doživlja zdravstvena nega spremembe, kot te spremembe doživljajo tudi ostali deli sistema. V zdravstvenem varstvu so se v zadnjih dveh desetletjih zgodile dramatične spremembe, ki so imele velik učinek na zdravstveno nego in na varnost v njej (Hood in Kun Leddy, 2006).

Varnost v zdravstveni negi ima lahko zelo širok pomen. Lahko se nanaša na varnost pacienta, na varnost delavcev v zdravstveni negi, na varnost okolja, lahko govorimo o varnosti na različnih področjih, lahko govorimo o pravni varnosti medicinskih sester, itd. V prispevku se bom zato omejila predvsem na systemske vidike varnosti pacientov v zdravstveni negi.

## Varnost pacientov kot temeljni dejavnik kakovosti

Varnost je temeljni dejavnik kakovosti (Zbornica-Zveza, 2000). V Sloveniji nimamo tradicije systemskega pristopa h kakovosti in varnosti v zdravstvu, zato je Ministrstvo za zdravje (2006) na podlagi mednarodnih ter nacionalnih dejavnosti s področja kakovosti v zdravstvu objavilo usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu v Republiki Sloveniji, in sicer z namenom, da bi v Sloveniji upoštevali mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti. S sistemom kakovosti v zdravstvu v Republiki Sloveniji želi Ministrstvo omogočiti ljudem dostop do kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Pri tem sodelujejo vsi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva. Da bi zdravnikom, medicinskim sestram in drugemu zdravstvenemu in nezdravstvenemu osebju omogočili vsakodnevno delovanje na področju kakovosti in varnosti pacientov, jim mora vodstvo za tako dejavnost zagotoviti primerne pogoje. Vodstvo je tisto, ki mora ustvariti kulturo varnosti (Ministrstvo za zdravje, 2006):

- Poskrbeti mora za izobraževanje o varnosti pacientov, vključujoč človeške dejavnike tveganja, dejavnike tveganja okolja, kjer poteka zdravstvena dejavnost,

---

*Pred. Katarina Lokar, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.*

*Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*

tveganja aparaturne in opreme, medicinskih pripomočkov in zdravil in tveganja neurejenih sistemov in procesov.

- Ustvariti mora okolje, v katerem se vse osebe učijo iz storjenih napak in varnostnih zapletov in spodbuja osebe, da ocenijo tveganja in da poročajo o varnostnih zapletih. Tak način učenja predstavlja priložnost za izboljšanje (Firth – Cozens, 2001). Poudarek mora biti na izboljšanju sistemov in procesov in ne na obdolževanju in kaznovanju udeležencev pri varnostnem zapletu. Izsledki analize varnostnih zapletov, predlagani ukrepi in izboljšave procesov ali sistemov morajo biti jasno prikazani osebju, tako da so vsi poučeni o izboljšavah. Samo tako se lahko preprečijo prihodnji podobni varnostni zapleti.
- Odgovorno je za pripravo in izvajanje pravilnikov, pravil, navodil in smernic, ki so povezani z varnostjo pacientov.
- Uvesti mora sistem za redno oceno kulture varnosti s kazalniki o ravni kulture in priložnosti za izboljšave. Najbolje je, če je tak sistem vključen v sistem notranjih nadzorov.

### **Stališča svetovne zdravstvene organizacije Sveta Evrope, Evropske unije in Evropske komisije (Ministrstvo za zdravje 2006)**

Petindeseta skupščina svetovne zdravstvene organizacije (WHA 55.18) v letu 2002 na podlagi ugotovitev, da zdravstvene napake povzročajo človeško trpljenje in visoke stroške v zdravstvu, opominja članice, naj posvetijo veliko pozornost vprašanju varnosti pacientov in naj oblikujejo sisteme za izboljšanje varnosti pacientov, ki temeljijo na raziskavah. V letu 2004 je bila na podlagi tega dokumenta ustanovljena Svetovna zveza za varnost pacientov (World Alliance for Patient Safety - [www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety)).

Varnost pacientov je visoka prednostna naloga v Evropski uniji. Svet Evrope je objavil priporočila vladam držav članic o varnosti pacientov, v katerih jih nagovarja, da naj:

- zagotovijo, da bo varnost pacientov v središču usmeritev zdravstvene politike kot podlaga politik izboljševanja kakovosti,
- oblikujejo celostno politiko varnosti za paciente,
- razvijejo sistem poročanja o varnostnih zapletih pri pacientih, katerega cilj je učenje in ne disciplinski ukrepi proti udeležencem varnostnega zapleta,
- ugotovijo druge vire podatkov, kot so pritožbe pacientov, odškodninski zahtevki, sistemi presoje itd.,
- oblikujejo izobraževanje o zagotavljanju varnosti pacientov,

- sodelujejo na mednarodni ravni,
- spodbujajo raziskave o varnosti pacientov,
- pripravijo redna poročila o ukrepih za izboljšanje varnosti pacientov,
- dokument prevedejo in ga razpošljejo udeležencem.

Evropska unija in Evropska komisija sta opredelili področja kakovosti, ki jih je treba obravnavati in so zbrana v šestih načelih kakovosti. Drugo načelo kakovosti je namenjeno varnosti in je opredeljeno kot »zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientih med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, zaščito in rehabilitacijo in izogibanje, preprečevanje ali popravljanje varnostnih zapletov«.

V aprilu 2005 je bila objavljena Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov, ki navaja: *»Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene ustanove in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev.«*

## **Medicinske sestre in varnost pacientov**

Medicinske sestre imajo ključno vlogo pri varnosti pacientov. Predstavljajo največji delež med zdravstvenimi delavci in zagotavljajo zdravstveno oskrbo pacientov bolj ali manj na vseh področjih in nivojih zdravstvenega varstva: v bolnišnicah, domovih ostarelih, v ambulantni dejavnosti, v domačem okolju itd (Institute of Medicine, 2004). Medicinske sestre od vseh zdravstvenih delavcev preživijo ob pacientu tudi največ časa. Raziskave prinašajo vedno več dokazov, ki kažejo, da kakovost oskrbe, ki jo nudijo medicinske sestre, vpliva na zdravje pacientov in včasih odloča tudi o njihovem življenju in njihovi smrti (Institute of Medicine, 2004). Po drugi strani pa je v zadnjih letih tudi vedno bolj jasno in priznavano, da je le redko en dejavnik ali določen posameznik tisti, ki naredi napako zaradi nesposobnosti ali malomarnosti. Mednarodne raziskave o varnosti pacientov odkrivajo, da se lahko največ škode, ki jo utrpijo pacienti, pripiše težavam v sistemu zdravstvenega varstva (Canadian Nurses Association and University of Toronto Faculty of Nursing, 2004). Dejavniki, kot so prekinjanje procesov oskrbe, izguba informacij, zastarela oprema, slaba praksa ravnanja z zdravili, pomanjkanje kadra in nevarnosti iz okolja, so tisti, ki vodijo v napake in varnostne zaplete (Benner in sod., 2002; Cook, Render in Woods, 2000; Reeder, 2001 cit. v Canadian Nurses Association and University of Toronto Faculty of Nursing, 2004).

## Stališče Mednarodnega sveta medicinskih sester o varnosti pacientov (ICN, 2002)

Varnost pacientov je temeljnega pomena za kakovostno zdravstveno varstvo in zdravstveno nego. Mednarodni svet medicinskih sester meni, da izboljševanje varnosti pacientov vključuje široko paleto dejanj pri novačenju, usposabljanju in obdržanju poklicnih strokovnjakov zdravstvenega varstva, izboljšanje uspešnosti, okoljsko varnost in obvladovanje tveganj, vključno z nadzorom nad okužbami, varno uporabo zdravil, varno opremo, varno klinično prakso, varno okolje zdravstvene nege in integrirano znanstveno razskovalno znanje, ki se osredotoča na varnost pacientov in infrastrukturo, ki podpira njegov razvoj.

Medicinske sestre skrbijo za varnost pacientov v vseh vidikih zdravstvene nege. To vključuje obveščanje pacientov in drugih o tveganjih in njihovem zmanjševanju, zagovarjanje varnosti pacientov ter poročanje o nezaželenih dogodkih. Zgodnje odkrivanje tveganja je ključnega pomena za preprečevanje poškodb pacientov in je odvisno od vzdrževanja kulture zaupanja, iskrenosti, poštenja in odprte komunikacije med pacienti in dobavitelji v sistemu zdravstvenega varstva. Mednarodni svet medicinskih sester odločno podpira sistemski pristop, zasnovan na filozofiji transparentnosti in poročanja – ne pa na obtoževanju in sramotenju posameznih izvajalcev zdravstvene nege – ter na sprejemanju ukrepov, ki vplivajo na človeške in sistemske dejavnike nezaželenih dogodkov.

Mednarodni svet medicinskih sester je zelo zaskrbljen zaradi resne grožnje varnosti pacientov in kakovosti zdravstvenega varstva, ki je posledica nezadostnega števila ustrezno usposobljenih človeških virov. Zdajšnje globalno pomanjkanje medicinskih sester predstavlja takšno grožnjo. Mednarodni svet medicinskih sester meni, da morajo medicinske sestre in nacionalne organizacije medicinskih sester:

- obveščati paciente in njihove družine o potencialnih nevarnostih,
- pravočasno poročati o nezaželenih dogodkih ustreznim organom,
- prevzeti aktivno vlogo pri ocenjevanju varnosti in kakovosti zdravstvene nege,
- izboljšati komunikacijo s pacienti in z drugimi strokovnjaki zdravstvenega varstva,
- lobirati za zadostne ravni zaposlovanja,
- podpirati ukrepe, ki izboljšujejo varnost pacientov,
- promovirati dosledne programe za nadzor nad okužbami,
- lobirati za standardizirane politike in protokole zdravljenja, ki minimalizirajo napake,

- poiskati povezave s poklicnimi telesi, ki zastopajo farmacevte, zdravnike in druge, da se izboljša pakiranje in etiketiranje zdravil,
- sodelovati z nacionalnimi sistemi za poročanje, da beležijo ter analizirajo nezaželene dogodke in se ob tem učijo,
- razviti mehanizme, na primer preko akreditiranja, za prepoznavanje lastnosti dobaviteljev zdravstvenega varstva, ki so primer odličnosti na področju varnosti pacientov.

## **Vpliv delovnega okolja na varnost pacientov v zdravstveni negi**

Rogers s sod. (2004) je ugotovil, da je tveganje za napake v zdravstveni negi povezano s podaljševanjem delovne izmene (verjetnost napake je trikrat večja pri delovni izmeni, ki traja 12 ali več ur), nadurnim delom in z več kot 40-urnimi delovnimi tedni.

Danes se zdravstvena nega sooča tudi s pomanjkanjem medicinskih sester. Pričakuje se še poslabšanje obstoječega stanja. Vzroki za pomanjkanje medicinskih sester so številni (Hood in Kun Leddy, 2006):

- zmanjšanje števila mladih ljudi (nizka rodnost),
- zmanjšano zanimanje za kariero medicinske sestre, ker so ženskam dostopne druge karijerne poti (večina medicinskih sester je žensk),
- nizka možnost kariernega napredovanja,
- problemi s podobo poklica: težko fizično delo, zelo tehnično delo, slabe plače, omejena možnost napredovanja – tudi finančna, slaba podpora izobraževanja, nizek status v družbi,
- višje delovne zahteve ob kroničnem pomanjkanju kadra,
- strah pred okužbo z nalezljivimi boleznimi,
- nizko zadovoljstvo z delovnim mestom (medicinske sestre same odsvetujejo drugim vstop v poklic),
- staranje in upokojevanje delovne sile medicinskih sester.

Medicinske sestre tudi zapuščajo profesijo zdravstvene nege. Kot razlog raziskave največkrat navajajo fizično in psihološko naporno in stresno delo, težko zagotavljanje zadovoljujoče oskrbe, pomanjkanje medicinskih sester in pomanjkanje možnosti za profesionalni razvoj ter nezadovoljstvo s plačilom (Sjogren in sod., 2005; Gardulf in sod., 2005).

Pomanjkanje medicinskih sester ogroža varnost pacientov, kar potrjujejo številne

raziskave. Blegen, Goode in Reed (1998) so preučevali učinke zaposlovanja medicinskih sester na umrljivost in obolevnost pacientov. Odkrili so, da je večja zastopanost medicinskih sester v zdravstvenem timu povezana z manjšim številom napak, povezanih z zdravili in s pojavom razjed zaradi pritiska, ter z večjim zadovoljstvom pacientov. Dodatna raziskava je istega leta preučila zaposlovanje medicinskih sester in vpliv na oskrbo pacientov ter odkrila, da so se napake pri jemanju zdravil zmanjšale z večjim deležem medicinskih sester v kombinaciji osebja (Blegen in Vaughn, 1998). Kovner in Gergen (1998) sta odkrila povezavo med številom zaposlenih medicinskih sester na pacienta in okužbami sečnih poti, pljučnico, trombozo in pljučnimi zapleti po večjem kirurškem posegu. V raziskavi, ki je vključevala več kot 68.000 pacientov z akutnim miokardnim infarkt, so odkrili, da je število dnevni delovnih ur medicinskih sester na pacienta v obratnem sorazmerju z umrljivostjo (Schultz in sod., 1998). V raziskavi, v kateri so primerjali kakovost zdravstvene nege pri pacientih z AIDSom, je Aiken s sod. (1999) odkril, da je bila dodatna medicinska sestra na pacienta na dan povezana s 50-odstotnim zmanjšanjem v tridesetdnevni umrljivosti. Povečanje za 0,25 medicinske sestre na pacienta na dan je bilo povezano z 20-odstotnim zmanjšanjem v tridesetdnevni umrljivosti. V odmevni raziskavi, ki so jo izvedli Aiken in sod. (2002), so zbrali in analizirali podatke o 10.184 medicinskih sestrah in 232.342 pacientih, ki so prestali operativni poseg. Avtorji so odkrili, da je vsak dodaten pacient na medicinsko sestro, ki že skrbi za štiri paciente, povezan s 7-odstotnim povečanjem verjetnosti smrti pacienta v tridesetih dneh po sprejemu in s 7-odstotnim povečanjem možnosti, da bo prišlo do neuspeha pri reševanju zapletov.

Pomanjkanje medicinskih sester, vedno večja kompleksnost obravnave pacientov in nove tehnologije prinašajo na delovno mesto vedno večje obremenitve in hitrejši tempo dela. Obstoječe delovne obremenitve so včasih tako visoke, da medicinske sestre težko najdejo čas za razvijanje terapevtskega odnosa s pacientom, poglobljenega ocenjevanja stanja pacientov ali za posvetovanje z bolj izkušenimi medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci (Canadian Nurses Association and University of Toronto Faculty of Nursing, 2004). Psihologi in drugi, ki so raziskovali delovno okolje, so potrdili, da do varnostnih zapletov pride v okolju, kjer ljudje hitijo, so pod pritiskom, so utrujeni, so čustveno obremenjeni ali delajo v težavnih okoliščinah (Buerhaus, 1999 cit. v Canadian Nurses Association and University of Toronto Faculty of Nursing, 2004).

## **Vpliv komunikacije, tehnologije in potrošništva na varnost pacientov v zdravstveni negi**

Po mnenju Institute of Medicine iz ZDA (2004) je neučinkovita komunikacija med člani zdravstvenega tima, pacienti in njihovimi družinami eden od glavnih vzrokov napak. O tem poroča tudi Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), ki je zato vključila v svoje cilje o zagotavljanju varnosti pacientom tudi cilj za izboljšanje učinkovitosti komunikacije med izvajalci zdravstvene oskrbe (JCAHO, 2008).

Neprestana povezava z mobilnimi telefoni in multitoni (pagerji) so moteči dejavniki, zato se je težko osredotočiti na osebo, s katero medicinska sestra komunicira. Pogosta posledica je neučinkovita medosebna komunikacija. Medicinske sestre so vedno cenile razvijanje terapevtskega odnosa s pacienti. Pacienti pričakujejo od medicinskih sester, da bodo zagotavljale varno oskrbo, da bodo kompetentne v zdravstveni negi, da bodo ukrepale v njihovo korist in da jih bodo poslušale. Nekatere zdravstvene organizacije medicinske sestre opremijo z mobilnimi telefoni (ali multitoni), da so lahko v nujnih primerih takoj obveščene. Te naprave onemogočajo medicinskim sestram, da bi se v celoti posvetile pacientu, za katerega skrbijo tisti trenutek. Poleg tega pa paciente zmotijo tudi njihovi mobilni telefoni med prejemanjem zdravstvene oskrbe in zato marsikateri pacient presliši pomembno informacijo (Hood in Kun Leddy, 2006).

Uporabniki zdravstvenega varstva se pogosto zanašajo na informacije, ki so jih dobili z interneta. Ko medicinske sestre pri pacientu ocenjujejo njegovo poznavanje zdravstvenih informacij, morajo poleg tega, kaj vedo, odkriti tudi vir informacij. Kot učiteljice morajo medicinske sestre pomagati pacientu pri določanju kakovosti informacij, do katerih imajo dostop na različnih spletnih straneh. Pacienti včasih zahtevajo najnovejša (ne vedno najboljša) zdravljenja. Zaradi cele vrste različnih virov zdravstvenih informacij na spletu se morajo medicinske sestre prilagajati novostim na področju pospeševanja zdravljenja in obvladovanja bolezni, da ostanejo učinkovite pri svojem delu. Včasih se zgodi, da nekateri pacienti lahko vedo več o svojih zdravstvenih problemih kot zdravstveni delavci (Hood in Kun Leddy, 2006).

Poleg znanja v napredku v tradicionalni zdravstveni oskrbi imajo mnogi pacienti znanje tudi s področja alternativnih in komplementarnih terapij. Nekateri uporabniki zdravstvenega varstva pričakujejo od zdravstvenih delavcev, tudi od medicinskih sester, da poznajo te terapije ali da jim jih ponudijo ali pa, da jim dajo informacije in nasvet o njih. Medicinske sestre naj bi se pozanimale, katere od teh terapij pacient obiskuje, če želijo zagotavljati varno tradicionalno zdravstveno nego; kombinacija bi bila namreč lahko za pacienta tvegana (Hood in Kun Leddy, 2006).

Tehnologija je preoblikovala življenje ljudi. Povečana uporaba tehnologije v zdravstvenem varstvu je povzročila, da ljudje preživijo bolezni, za katere je nekoč veljalo, da so neozdravljive, da imajo takojšen dostop do informacij, povečala je stroške zdravstvene oskrbe in ustvarila bolj ozaveščene uporabnike zdravstvenega varstva (Hood in Kun Leddy, 2006). Razvoj tehnologije ima vpliv tudi na neposredno izvajanje zdravstvene nege. Medicinske sestre pri svojem delu uporabljajo številne aparature, pripomočke, računalniške sisteme (npr. infuzijske črpalke, monitorje itd.). Vsa ta tehnologija je namenjena predvsem večji učinkovitosti, kakovosti in varnosti oskrbe pacientov. Tehnologija je lahko tudi morebitni vir nevarnosti za pacienta, če je medicinske sestre ne znajo uporabljati, je ne uporabljajo ali je ne uporabljajo pravilno, če se zanašajo na tehnologijo, ne da bi pri tem uporabljale tudi svojo klinično presojo. Dejstvo pa je tudi, da medicinske sestre v odločanje glede nakupa ali razvoja tehnologij niso vedno vključene, niti niso deležne potrebnega izobraževanja pred začetkom uporabe novih tehnologij (Canadian Nurses Association and University of Toronto Faculty of Nursing, 2004).

## Zaključek

Posegi zdravstvenega varstva so sicer namenjeni koristi javnosti, vendar obstaja element tveganja, da pride do napak in nezaželenih dogodkov zaradi kompleksne kombinacije procesov, tehnologij in človeških dejavnikov, ki so povezani z zdravstvenim varstvom. Čeprav človeške napake igrajo vlogo pri resnih nezaželenih dogodkih, pa slednje običajno povzročajo sistemski dejavniki, tako da bi napake lahko preprečili, če bi se lotili le-teh dejavnikov (ICN, 2002). Obstaja čedalje več dognanj, da so nezadostne ravni institucionalnega zaposlovanja v vzajemni zvezi s povečanjem števila nezaželenih dogodkov, kot so padci pacientov, preležanine, napake pri medikaciji, bolnišnične okužbe in stopnje ponovnih sprejetij v bolnišnico, kar lahko pripelje do podaljšanih bivanj v bolnišnici in do povečanih stopenj umrljivosti v bolnišnici (Aiken in sod., 2002). Pomanjkanje osebja in nizka uspešnost osebja zaradi nizke motivacije ali nezadostnih tehničnih veščin sta prav tako pomembni determinanti varnosti pacientov. Nizka kakovost zdravstvenega varstva povzroča veliko število nezaželenih dogodkov z resnimi finančnimi učinki na obseg izdatkov zdravstvenega varstva (ICN, 2002). Investiranje v varnost pacientov predstavlja torej morebitno povečanje prihrankov celotnih stroškov zdravstvene obravnave in hkrati predstavlja očitno dobrobit za pacienta. Dodaten prihranek je tudi pri zmanjševanju stroškov, povezanih s pritožbami pacientov in z zahtevami po odškodnini. Najpomembnejše pa je, da varnost pacientov pripomore k porasti kakovosti življenja (Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov, 2005).

## *Literatura in viri*

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Nursing Association* 2002; 288 (16): 1987-1993.
- Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care* 1999; 37 (8): 760-772.
- Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research* 1998; 47 (1): 43-50.
- Blegen MA, Vaughn T. A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics* 1998; 16 (4): 196- 203.
- Canadian Nurses Association and University of Toronto Faculty of Nursing. Nurses and Patient Safety: A Discussion Paper. Canadian Nurses Association and University of Toronto Faculty of Nursing, January 2004. Dostopno na: [http://www.cnaaicc.ca/CNA/documents/pdf/publications/patient\\_safety\\_discussion\\_paper\\_e.pdf](http://www.cnaaicc.ca/CNA/documents/pdf/publications/patient_safety_discussion_paper_e.pdf) (12. 2. 2008)
- Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Soc Sci Med* 2001; 52: 215–22.
- Gardulf A, Södeström IL, Orton ML, Eeriksson LE, Arnetz B, Nordström MG. Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management* 2005; 13: 329–337.
- Hood LJ, Kun Leddy S. Leddy & Pepper's Conceptual Bases of Professional Nursing. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006: 233-260, 319-342.
- ICN. Position statement 2002 (Patient Safety). ICN, 2002. Dostopno na: <http://www.icn.ch/pspatientsafe.htm>. (12. 2. 2008)
- Institute of Medicine. Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. Washington, DC: National Academy Press, 2004.
- JCAHO. 2008 National Patient Safety Goals. Dostopno na: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/> (12. 2. 2008)
- Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1998; 30 (4): 315-321.
- Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov, 2005. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/kakovost/Luksembur\\_ka\\_deklaracija\\_o\\_varnosti\\_bolnikov.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Luksembur_ka_deklaracija_o_varnosti_bolnikov.pdf) (13. 2. 2008)

- Ministrstvo za zdravje. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006.
- Rogers A, Hwang W, Scott L, Aiken L, Dinges D. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 2004; 23 (4): 202–212.
- Schultz MA, van Servellen G, Chang BL, McNeese-Smith D, Waxenberg E. The relationship of hospital structural and financial characteristics to mortality and length of stay in acute myocardial infarction patients. *Outcomes Management for Nursing Practice* 1998; 2 (3): 130-136.
- Sjogren K, Fochsen G, Josephson M, Lagerstrom M. Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42 (7): 751–758.
- Zbornica - Zveza. Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Filej B, Kadivec S, Zupančič P (ur.). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2000.