

ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

QUALITY ASSURANCE IN NURSING CARE

Saša Kadivec

UDK/UDC

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega; kvaliteta kontrola

Izvleček – Članek prikazuje pomen kakovosti dela v zdravstveni negi. Predstavljen je krog zagotavljanja kakovosti, ki ga uporabljajo na Nizozemskem. Prikazane so vse značilnosti posameznih stopenj. V Bolnišnici Golnik so pričeli z aktivnostmi zagotavljanja kakovosti v letu 1997, po že omenjenem nizozemskem modelu. Predstavljene so njihove prve izkušnje.

Verjetno je večina zdravstvenih delavcev med nami prepričana, da svojim bolnikom nudimo kakovostno zdravstveno oskrbo. Vendar pa nam dogodki pri vsakdanjem delu včasih vzbujajo dvom o tem.

Vemo, da zdravstven sistem v Sloveniji doživlja precejšen preobrat. Način financiranja in tudi vse bolj osveščena javnost pričakuje od zdravstvenih delavcev, da smo pri delu učinkoviti, racionalni, predvsem pa da delamo kakovostno.

Pojem »kakovost« je stara kot človeštvo. Tudi v zdravstvu je bila kakovost vedno cenjena in celo zahtevana. Prvi zapisi segajo v Babilon, kjer so v tako imenovanem Hamurabijevem zakoniku predvidene kazni za zdravnike, ki povzročijo bolniku škodo.

V zdravstveni negi je Florence Nightingale opredelila področja, ki so morala biti izvajana na sistematični način:

- omejitev hrupa okrog ranjencev,
- sestava, kakovost in serviranje hrane,
- kakovost in položaj postelje, žimnice,
- zračnost in čistoča sobe ranjenca,
- osebna čistoča (1).

Hkrati je na podlagi zbiranja in beleženja podatkov dokazala, kako pomembna je dokumentacija v zdravstveni negi. Z uvedbo kontrole okužb je zmanjšala umrljivost vojakov v krimski vojni z 42 % na 2 %. S tem je dokazala, kakšen vpliv ima strokovna zdravstvena nega na končni izid. Učila je, da je šele na podlagi podatkov možno narediti oceno stanja in načrtovati nadaljnje aktivnosti (1)

DESCRIPTORS: nursing care; quality control

Abstract – The importance of quality in nursing care is presented. The sphere of quality assurance applied in the Netherlands is introduced and all characteristics of different levels are presented. At the University Hospital for Respiratory and Allergic Diseases Golnik the activities of quality assurance started in 1997 based on to the Netherlands model. Their first experiences are presented.

Kljub obetavnim začetkom kakovosti v zdravstveni negi se praksa ni razvijala v to smer še skoraj 100 let po prvih objavah Florence Nightingale.

Danes zdravstveni delavci vemo, da je izboljšanje kakovosti pomemben element našega dela. Veliko je razlogov za boljšo kakovost pri našem delu:

- Kot izvajalci zdravstvenih storitev se moramo vprašati, ali dosegamo standarde, ki smo si jih postavili.
- Ekonomske omejitve v zdravstvu so postale pomemben razlog za kakovost.
- Vsak izvajalec nosi za svoje delo osebno odgovornost (2).

Kaj je kakovost in zagotavljanje kakovosti

Kakovost izdelka ali storitve lahko opredelimo kot relativno popolnost vseh sestavin lastnosti izdelka ali storitve glede na izpolnitev potreb in upravičenih pričakovanj kupcev oziroma uporabnikov, ki jim izdelki služijo, dokler so veljavni. Iz definicije lahko vidimo, da tisti, ki nudi izdelek ali storitev, nima končne besede o kakovosti, temveč je kupec oziroma uporabnik izdelka ali storitve končni rabsodnik o kakovosti izdelka ali storitve (3).

Čeprav imata problematika zagotavljanja kakovosti storitev in problematika zagotavljanja kakovosti izdelkov materialne narave določena skupna izhodišča, pa ima prva tudi določene specifične lastnosti:

- Storitvena dejavnost ne izdeluje opredmetenih izdelkov.

- Storitve ni mogoče delati na zalogo, ampak jih uporabljamo le po potrebi oziroma naročilu uporabnika.
- Uporabnik storitve je običajno prisoten v procesu izvrševanja storitve, kar pomeni s stališča kakovosti dodaten vidik.
- Pri izvrševanju storitev je običajno še pomembnejša pravočasnost, hitrost in pravilen potek procesa.
- Želje naročnika in njegova merila kakovosti je težje določiti kot v materialni proizvodnji. Merila uporabnika glede kakovosti opravljenih storitev so odraz osebnih meril posameznika (3).

Opravljanje storitev vedno vključuje v večji ali manjši meri tudi vedenje posameznika, ki storitve opravlja, do uporabnika storitve. Pri različnih storitvah je dolžina časa, ko sta uporabnik in izvajalec storitve v stiku, zelo različna. Kljub temu, da je včasih ta čas zelo kratek, si bo uporabnik storitve ustvaril svoje mnenje o izvajalcu in kakovosti storitve. Ljudje menjajo zdravnika, ne toliko zaradi njegove strokovnosti (ki jo je pogosto težko oceniti), kot zaradi odnosa in pozornosti, ki jo le-ta nameni posameznemu bolniku (4).

Kakovost zdravstvene oskrbe je raven, na kateri mora biti delo opravljeno v skladu s predhodno postavljenimi cilji ali standardi dobre oskrbe. Eno najpogosteje uporabljenih definicij je podal Donabedian, ki pravi da je to soglasje med dejansko izvajano zdravstveno oskrbo in predhodno postavljenimi kriteriji (5).

Toda definiranje in preciziranje, kaj kakovost je, ni dovolj. Potrebujemo metode za merjenje in vrednotenje kakovosti zdravstvene oskrbe.

Zagotavljanje kakovosti torej pomeni sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje, in, kadar je potrebno, tudi izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti. Pomeni sistematično in načrtovano izvajanje ukrepov, s katerimi bomo dosegli predpisane zahteve kakovosti. Razlikovati moramo med dvema pojmom in sicer *ocenjevanjem kakovosti* in *zagotavljanjem kakovosti*. Ocenjevanje kakovosti je postopek, pri katerem z uporabo primernih metod in izbranih kriterijev primerjamo med sabo izvajano in dogovorjeno oskrbo. V zdravstveni negi pomeni to primerjavo med dejansko opravljeno zdravstveno nego in izbranimi, postavljenimi kriteriji in standardi. Šele ko ocenimo kakovost, lahko oblikujemo sistem zagotavljanja kakovosti, ki pripomore k izboljševanju in doseganju zaželenih ciljev (5).

Aktivnosti zagotavljanja kakovosti

Aktivnosti zagotavljanja kakovosti lahko razdelimo na tri razmeroma neodvisne stopnje:

- izbira primerne predmeta iz postopka oskrbe in razvoj meril oziroma navodil za dobro delo,

- ocenjevanje zdravstvene oskrbe s sprejetimi merili,
- vpeljava potrebnih sprememb v vsakodnevno delo in spremljanje učinkov teh sprememb na postopek in izid oskrbe (6).

Različni avtorji krog zagotavljanja kakovosti razdelijo tudi na več stopenj, vendar zgornje tri zajamejo bistvene lastnosti.

Na Nizozemskem uporabljajo model zagotavljanja kakovosti, ki je prirejen po avtorici N. Lang. Vpeljali so ga v nizozemskih bolnišnicah in ima sedem stopenj:

1. *Vrednote zdravstvene nege* – Postavimo si vrednote zdravstvene nege, ki jim bomo sledili v kasnejših stopnjah.
2. *Izbira predmeta obdelave* – Postopek, ki ugotavlja neskladja v zdravstveni negi. Vedno se pojavi več problemov, tako da je potrebno postavljanje prioritete. Iz kopice težav in motenj moramo izbrati prednostno nalogo in jo oblikovati v čim preprostejši in jasnejši podobi. Vedeti moramo, kako pogosto se problem kaže, kakšne razsežnosti ima, ali je mogoče doseči koristen cilj, ali problem lahko rešijo na samem oddelku in ali je potrebna pomoč ekspertov. Problem lahko izberemo s področja strukture, procesa ali izida. Zlasti v začetku uvajanja sistematičnega zagotavljanja kakovosti je potrebno izbrati predmet obravnave predvsem na osnovi odkritih slabosti v izvajanju zdravstvene nege. Če ne poznamo šibkih plati našega dela, se lahko najprej odločimo za stopnjo ocenjevanja. Na osnovi zbranih podatkov ugotovimo odstopanja in načrtujemo spremembe, ki jih v naslednjih stopnjah ocenimo z izdelanimi merili (10, 11). Ko ugotovimo problem, moramo predvideti, ali ga je možno objektivno meriti in ocenjevati in ali ga je možno spremeniti.

3. *Določanje standardov in kriterijev* – **Standard** je v krogu izvajalcev dogovorjena raven zdravstvene nege. Z njim skušamo doseči popolnost, čim večjo strokovnost in poenotenost dela (5). Standard je zaželjena in dosegljiva stopnja zdravstvene nege v primerjavi z dejansko izvedenim delom. Kriterij je objektivni, merljiv, ustrezen in spremenljiv kazalec kakovosti zdravstvene nege, ki se nanaša na delo, vedenje, okoliščine in klinično stanje.

Oblikovanje standardov je ena najtežjih stopenj zagotavljanja kakovosti. Pogosto že standardi sami, brez dodatnih dejavnosti zagotavljanja kakovosti, izboljšajo kakovost zdravstvene oskrbe. Ugotovljeno je bilo tudi zmanjšanje nepotrebnih odstopanj v oskrbi med posameznimi izvajalci zaradi uporabe standardov. Velik pomen imajo pri

izvedbi stalnega izobraževanja in pri uvajanju pripravnikov.

Najbolj kompetentni oblikovalci standardov so izvajalci oskrbe same. Oblikovanje standarda mora slediti natančnemu, strokovnemu postopku. Standardi morajo biti smiselna zgradba znanstveno potrjenih dejstev, uporabnih za vsakdanje delo. Postopek oblikovanja standarda poteka tako, da najprej poiščemo razpoložljivo literaturo o obravnavani snovi, ocenimo znanstveno vrednost in možnost uporabe ugotovitev pri razumevanju obravnavane snovi. Razpoložljive podatke in znanje moramo vključiti v pregleden sestavek, ki naj prinaša nedvoumne odgovore tudi na tista vprašanja, kjer je možnih več različic. Pri iskanju soglasja v skupini morajo prevladati celostni pogledi ob upoštevanju enostavnosti, sprejemljivosti, stroškov, učinkovitosti, uspešnosti in ekonomske zmožnosti skupnosti. Soglasje je potrebno zaradi zmanjševanja nepotrebne odstopanja v oskrbi, obenem pa ne sme omejevati upravičenih razhajanj mnenj (7). S standardi dosežemo zmanjšanje nepotrebne odstopanja v opravljanju zdravstvene nege. Bolniku zagotovimo, da bo vedno pri vsakem izvajalcu deležen najboljše možne oskrbe in medicinski sestri možnost, da se pri pogajanju z bolnikom lahko sklicuje na strokovno utemeljena merila in smernice (7).

Končno obliko standarda izdamo v posebni publikaciji, ki je na voljo vsem izvajalcem. Že med pripravo je potrebno posvetiti posebno pozornost prenašanju priporočila v vsakdanje delo.

Veljavnost standarda je določena tudi z razvojem znanstvenih spoznanj, zato jih je potrebno vedno znova dopolnjevati.

S standardi ne opisujemo niti povprečne niti idealne oskrbe, pač pa tisto, ki jo po strokovnih in znanstvenih dognanjih in v okviru razpoložljivih sredstev lahko ponudimo celotni skupini obravnavanih bolnikov.

Ko je standard sprejet, je zavezujoč in vsako odstopanje je treba utemeljiti. Zato pa velja, da morajo biti standardi uresničljivi, sicer izgubijo verodostojnost. Veljavni standardi morajo biti dostopni vsem medicinskim sestram na oddelku.

4. *Zbiranje in presoja podatkov o učinkovitosti – strokovni nadzor.* Strokovni nadzor pomeni zbiranje podatkov o določenih okoliščinah, namen katerega je ugotavljanje dejanskega stanja. Strokovni nadzor kakovosti je opredeljen kot »sistematična in neodvisna raziskava učinkovitosti sistema zagotavljanja kakovosti ali njegovih elementov, vključno kakovosti izdelkov in postopkov« (8). Končni namen strokovnega nadzora je vpeljava izboljšav. Čeprav je mnogo dejavnosti strokovnega nadzora usmerjenih na preverjanje skladnosti dejanskega stanja s specifikacijami, standardi in predpisi, pa to ni edini cilj izvajanja strokovnega nad-

zora. Popolna skladnost s standardi in specifikacijami ne pomeni obvezno tudi učinkovitega zagotavljanja kakovosti v primeru, ko standardi niso primerni. Zato so predmet strokovnega nadzora tudi standardi, ki jih je s stališča spreminjajočih se pogojev, potreb trga in predpisov tudi potrebno preučiti in po potrebi dopolniti ali spremeniti. Da bi dobili veljavne in zanesljive rezultate, mora biti strokovni nadzor primerno pripravljen (pripravi ga izvajalec). Strokovni nadzor nam v zdravstveni negi pomeni presojo, ali smo dosegli takšno raven zdravstvene nege, kakršno smo opredelili v standardih. Strokovni nadzor v zdravstveni negi, kadar ga izvajamo za že opravljene postopke, temelji na sistemu pregleda negovalne dokumentacije zdravstvene nege in oblikovanja sklepov (1). Tudi ti razlogi nas navajajo k oblikovanju dokumentacije in beleženju negovalnih aktivnosti nasploh. Zato pa mora biti dokumentacija jasna in namenjena vsem, ki zdravstveno nego izvajajo. Strokovni nadzor v zdravstveni negi izvaja medicinska sestra, ki ni neposredno vključena v izvedbo negovalnih aktivnosti na oddelku.

Za strokovni nadzor postopka, ki ga želimo vrednotiti, uporabljamo predvsem štiri metode:

- vprašalnike (za medicinske sestre, bolnike, ostale zdravstvene delavce);
 - uporaba kontrolne liste (»ček liste«);
 - intervju (z medicinsko sestro, bolniki, drugimi);
 - neposredno opazovanje.
5. *Ocena kakovosti* je primerjava med željenim stanjem (standardi) in dejanskim stanjem. Torej primerjamo opravljeno zdravstveno nego z vnaprej znanimi merili. V tem delu procesa je potrebno postaviti realne okvire za vsak kriterij. To pomeni, da je za vsak kriterij določena sprejemljiva raven. V nekaterih primerih moramo doseči stodstotni rezultat, če naj kakovost ocenimo kot dobro. V drugih primerih je dopustna meja 80 % merila. Ko pa imamo standard postavljen znotraj dosegljivosti, potem je stodstotni rezultat realno pričakovanje (10).
 6. *Oblikovanje sklepov in načrt sprememb* – Za vpljavo sprememb se moramo dobro pripraviti in izpeljati potrebne dodatne postopke od izobraževanja do zagotavljanja materialnih pogojev. Predvideti moramo možne ovire in se jih lotiti na primeren način. V načrtu predvidimo tudi čas in način pregleda, če so bile spremembe resnično vključene v vsakdanje delo. Načrt sprememb lahko vključuje na primer izobraževanje, doslednejše upoštevanje standardov pri delu, razvijanje negovalnih načrtov, preoblikovanje dokumentacije v obliko, ki omogoča pridobivanje potrebnih informacij.
 7. *Izvedba sprememb* – Po določenem času strokovni nadzor ponovimo, ter tako ugotovimo, ali so vpeljane spremembe učinkovite (ali so bili koraki

uspešni, ali je zdravstvena nega omogočila boljši rezultat). Če smo dosegli zaželeni rezultat v doseganju standarda, potem je bila izvedena akcija uspešna. Medicinske sestre skupaj ugotavljajo učinek izvedenih akcij v zdravstveni negi. Če so uspešne, kar ugotovijo s ponovno oceno, potem je krog zaključen in izberemo nov problem.

Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi v Bolnišnici Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik

V Bolnišnici Golnik smo v letu 1997 začeli z aktivnostmi zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi.

Zagotavljanje kakovosti poteka na dveh ravneh:

1. Na ravni bolnišnice je določena medicinska sestra odgovorna za izvajanje aktivnosti zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. V bolnišnici deluje skupina za oblikovanje standardov.
2. Na ravni oddelka – Na vsakem oddelku je oseba, ki skrbi za izvajanje ukrepov zagotavljanja kakovosti na tem oddelku.

Metode dela, ki jih uporabljamo na obeh ravneh, so:

- pregled negovalne dokumentacije,
- opazovanje izbranih kazalcev,
- študija konkretnega primera,
- ocena bolnikovega zadovoljstva.

Ker za vpeljavo sprememb potrebujemo: vizijo, spretnosti, spodbude, vire in dober plan, smo aktivnosti zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi opredelili v Programu zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi v Bolnišnici Golnik. Za cilj smo si zastavili uvedbo sistema zagotavljanja kakovosti, ker želimo:

- doseči kakovostno zdravstveno nego,
- celovit pristop k obravnavi bolnika,
- doseči večje zadovoljstvo bolnika,
- doseči večje zadovoljstvo negovalnega osebja,
- večjo ekonomičnost procesa.

S programom smo začeli v letu 1997 in za to leto vključujemo naslednje aktivnosti:

1. uvedba procesa zdravstvene nege,
2. izdelava lastnih negovalnih standardov,
3. aktivnosti kriznega menedžmenta,
4. redno delo z medicinskimi sestrami – pripravniki,
5. ugotavljanje bolnikovega zadovoljstva.

Vse aktivnosti programa so opredeljene s strukturo, procesom in izidi.

Za leto 1997 v letnem poročilu lahko zapišemo:

1. *Redno delo z medicinskimi sestrami – pripravnicami:* Pripravili smo spremembe na področju pri-

pravništva. Ves čas pripravništva poteka teoretični del programa, kjer medicinske sestre predavajo o aktivnostih zdravstvene nege z različnih področij. Dogovorili smo se za program kroženja za pripravnike po vseh oddelkih naše bolnice in za opisno ocenjevanje pripravnika.

2. *Uvajanje procesa zdravstvene nege* – Osnovni problem, s katerim smo se srečali, je bilo pomanjkljivo znanje medicinskih sester o procesu zdravstvene nege in pomanjkanje dokumentacije negovalnih aktivnosti. Tako smo pripravili sklop predavanj o procesni metodi dela kot pristopu k celostni obravnavi bolnikov. Želeli smo razviti negovalno dokumentacijo, ki naj bi vključevala oceno bolnikovega stanja, načrt in izvedbo negovalnih aktivnosti. Tako smo dosedanja temperaturni list razdelili na dva dela:

- terapevtski list, ki je namenjen zdravniku (terapija, vitalni znaki, zdravnikova opažanja in spremembe v dežurstvu, naročene preiskave);
- list zdravstvene nege – za oceno bolnikovega stanja, načrtovanje in beleženje negovalnih aktivnosti.

Od 1. 9. 1997 imajo bolniki na vseh oddelkih bolnišnice, od 1. 5. 1998 pa tudi na intenzivnem oddelku, oba lista. Prva ocena izpolnjevanja negovalnih list je bila že narejena. Prvi rezultati niso bili zadovoljivi. Vendar pa z delom na oddelku pri reševanju primerov želimo doseči čimboljše načrtovanje in beleženje negovalnih aktivnosti.

3. Izvedene so bile *ocene kakovosti za nekatere aktivnosti* po predhodno oblikovanem protokolu. Ocene so bile narejene v okviru prve faze kroga zagotavljanja kakovosti, kjer smo izbirali problem oziroma predmet obdelave. Tako smo izvedli oceno naslednjih aktivnosti:
 - zdravljenje s kisikom,
 - intravenozna terapija,
 - oddaja materialov za bakteriološke preiskave,
 - izpolnjevanje lista zdravstvene nege,
 - vodenje bolnika z urinskim katetrom,
 - izvajanje in načrtovanje osebne higiene bolnikov.

Poročila o oceni (rezultati so bili predstavljeni opisno in grafično) so bila predstavljena na sestarskem delu pa tudi na strokovnem kolegiju in so jih dobili vsi oddelki. Za vsak izbran kriterij smo postavili sprejemljivo raven kakovosti. Na podlagi dosežene kakovosti smo izvedli določene korake (postavljanje standardov, priprava izobraževanja, sodelovanje s skupino za nadzor kakovosti terapevtskih programov).

4. *Strokovni sestanki medicinskih sester za oblikovanje negovalnih standardov* – delujemo kot samostojna profesionalna skupina, katere članice so

poleg mene, ki vodim aktivnosti zagotavljanja kakovosti za zdravstveno nego, še tri medicinske sestre, strokovnjakinje za posamezna področja. Kadar obravnavamo specifično temo, vključimo medicinsko sestro strokovnjakinjo iz tistega področja (na primer higienik), in če je potrebno, tudi zdravnika (na primer vodjo skupine za preprečevanje hospitalnih infekтов). Ko je standard pripravljen do te mere, da se vse članice skupine z njim strinjamo, ga pripravimo za kolegij medicinskih sester. Ko je standard sprejet na sestrskem kolegiju, je predstavljen še na strokovnem kolegiju. Z dnem, ko ga strokovni kolegij potrdi, standard v Bolnišnici Golnik velja.

Uvajanje standarda v prakso: V majhnih skupinah ga predstavimo vsem višjim medicinskim sestram bolnišnice. Vsaka glavna medicinska sestra oddelka poskrbi, da je standard na oddelčnih sestankih predstavljen še srednjim medicinskim sestram.

5. *Ugotavljanje zadovoljstva bolnikov* – Vidik naše dela s stališča bolnika, ki ga imenujemo bolnikovo zadovoljstvo, je najširše uporabljeno merilo za ugotavljanje izidov zdravstvene oskrbe (9). Prav tako je bolnikovo zadovoljstvo integralni del ocene kakovosti tudi v zdravstveni negi. V letu 1997 smo z anketo, ki je bila oblikovana v Kliničnem centru, ugotavljali zadovoljstvo bolnikov z delom zaposlenih v naši bolnišnici. Vsak sprejeti bolnik je dobil anketni vprašalnik, ki ga je ob odhodu oddal v za to namenjen nabiralnik na oddelku. Vrnjenih je bilo okrog 10 % vprašalnikov. Med njimi je bila tudi pritožba zaradi nekorektnega dela določene osebe. Z obema je bil opravljen razgovor. Sledilo je opravičilo osebi, ki se je pritožila. Zaradi slabe odzivnosti bolnikov na izpolnjevanje anketnega vprašalnika smo se v letošnjem letu odločili izvesti študijo o zadovoljstvu bolnikov z delom zaposlenih v Bolnišnici Golnik. Izbrana skupina bolnikov bo dobila anketni vprašalnik v določenem času po odpustu iz naše bolnišnice.
6. *Aktivnosti kriznega menedžmenta* – Že od začetka izvajanja programa so imele aktivnosti kriznega menedžmenta pomembno vlogo. Tu sodelujemo s skupino za intrahospitalne infekcije, ki zbira podatke, kot so: urinski infekti, flebitisi in drugi bolnišnični infekti. Zbiramo podatke o nesrečah in padcih, ki se zgodijo na posameznih oddelkih. Zbiramo tudi podatke o pojavljanju kroničnih ran (raz-

jede zaradi pritiska, golenje razjede in diabetično stopalo). S predavanji in standardi o oskrbi rane želimo poenotiti pristop k obravnavi ran v celotni bolnišnici.

7. Vsak mesec pripravljamo izobraževanja na določeno temo za vse medicinske sestre bolnišnice. Poslušali smo predavanja s tematiko, ki je aktualna za našo bolnišnico. Prav tako pa k sebi povabimo predavatelje iz drugih ustanov, s temami, ki so za nas zanimive.
8. Na vseh oddelkih v bolnišnici je mapa, v katero vlagamo zapiske o vseh aktivnostih, ki se dogajajo v okviru aktivnosti zagotavljanja kakovosti v Bolnišnici Golnik.

Zagotavljanje kakovosti je novejšo področje tako v zdravstveni negi kot v zdravstvu nasploh. V Sloveniji smo v prizadevanjih za boljšo kakovost dela še precej na začetku dolge poti. Medicinska sestra nastopa na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Možnosti, da se njeno delo kritično oceni, je zelo veliko. Pogosto je od njenih postopkov odvisna stopnja zadovoljstva uporabnikov zdravstvenega varstva. Delo, ki ga opravljamo za ljudi, zahteva popolno predanost in visoko profesionalno usposobljenost. Zdravstvena nega bo kakovostna, če bo orientirana k bolniku, v reševanje njegovih problemov in usmerjena v nenehno izboljševanje kakovosti.

Literatura

1. Marr H. Giebing H. Quality assurance in nursing. British Library Cataloguing in Publication Data. Edinburgh: Champion Press, 1994.
2. Quality improvement in nursing. Stockholm: The Swedish Association of Health Officers, 1995.
3. Marolt J. Zagotavljanje kvalitete. Kranj: Moderna organizacija 1987; 1: 87–8.
4. Marolt J. Zagotavljanje kakovosti v storitvenih dejavnostih. Organizacija in kadri 1986; 19: 298–302.
5. Kitson A, Giebing H. Nursing quality assurance in practice. Utrecht: RCN / CBO publication Nr. 264, 1990.
6. Kersnik J. Zagotavljanje kakovosti 1994: zbornik 11. Učnih delavnic za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD – ZZD Slovenije, 1994: 48–52.
7. Kersnik J. Zagotavljanje kakovosti: Oblikovanje priporočil za kakovostno delo zdravnika splošne medicine. Zdrav Vestn 1995; 64: 1–6.
8. Marolt J. Management in zagotavljanje kvalitete. Kranj: FOV, 1994.
9. Hopkins A, Costain D. Measuring the outcomes of medical care. London: The Royal College of Physicians of London, 1993: 19–26.
10. Kitson A. Quality assurance in nursing practice. Proceedings of the Royal Society of Edinburgh, 101 B. 1993: 143–63.
11. Giebing H. Quality assurance, a nurse's perspective. Utrecht: CBO, 1987.