

RAFAŁ SZPAKOWSKI^{1, A, C, D, F}, PATRYCJA ZAJĄC^{2, B, C, E}

Bezpieczeństwo pacjenta z perspektywy pielęgniarki

Patient's Safety – Nurse's Point of View

¹ Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

² Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne zrecenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Bezpieczeństwo pacjenta stanowi bezspornie istotny aspekt w kontekście podnoszenia jakości w całym systemie ochrony zdrowia. Poprawa bezpieczeństwa pacjenta powinna mieć charakter kompleksowy i obejmować dwa wymiary bezpieczeństwa – techniczny i funkcjonalny. Jednym ze źródeł informacji o poziomie bezpieczeństwa pacjentów są pracownicy medyczni, ale istnieje tutaj luka – brak centralnego systemu, który mógłby zbierać, analizować i wyciągać wnioski z dostatecznie licznej grupy problemów zgłaszanych przez interesariuszy.

Cel pracy. Ocena bezpieczeństwa pacjenta na podstawie deklaracji pielęgniarek.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 160 czynnych zawodowo pielęgniarek z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety opierającego się w przypadku kilku pytań na treści kwestionariusza „Hospital Survey on Patient Safety Culture” opracowanego przez Agencję do spraw Badań Jakości Opieki Zdrowotnej. Zastosowano okolicznościowy dobór próby. Badanie przeprowadzono w styczniu 2014 r. Ponad trzy czwarte badanych wskazało szpital jako miejsce zatrudnienia.

Wyniki. Blisko 40% badanych stwierdziło, że ich szef rzadko i bardzo rzadko uwzględnia propozycje pracowników odnośnie do poprawy bezpieczeństwa pacjenta. Ponad 40% badanych uważa, że w ich miejscu pracy często i bardzo często próbuje się wykonać zbyt wiele zadań i zbyt szybko.

Wnioski. Potrzebne jest stworzenie kultury bezpieczeństwa przez poprawę komunikacji lekarzy i bezpośrednich przełożonych z pielęgniarkami oraz większe zaangażowanie bezpośrednich przełożonych w rozwiązywanie problemów zgłaszanych przez pielęgniarki w aspekcie zapewnienia bezpiecznej opieki pacjentom (Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 1, 33–39).

Słowa kluczowe: pielęgniarka, komunikacja interpersonalna, bezpieczeństwo pacjenta, jakość w ochronie zdrowia, zdarzenie niepożądane.

Abstract

Background. Patient safety is an undeniable important aspect in the context of improving the quality of the entire health system. Improving patient's safety should be comprehensive and include two dimensions of safety – technical and functional. One source of information about the level of patient's safety are medical staff, but there is a gap here, which is no central system that would collect, analyze and draw conclusions from a sufficiently large number of problems reported by stakeholders.

Objectives. The aim of this study was to evaluate the patient's safety on the basis of the declaration of nurses.

Material and Methods. The study involved 160 professionally active nurses. The study was performed by the authors questionnaire based on the questionnaire “Hospital Survey on Patient Safety Culture” developed by the Agency for Healthcare Research and Quality. The selection of the sample was based on the availability of respondents. The study was performed in January 2014. More than ¾ of respondents indicated the hospital as a place of employment.

Results. Nearly 40% of respondents said that their boss rarely and very rarely takes into account the suggestions of employees for the improvement of patient's safety. Over 40% of respondents said that their workplace is often and very often trying to do too many tasks and too fast.

Conclusions. It is necessary to create a culture of safety by improving communication between doctors and nurses or line manager and nurses. There is a need for greater involvement of line manager in solving problems reported by nurses in terms of providing safe care to patients (Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 1, 33–39).

Key words: nurse, interpersonal communication, patient's safety, health care quality, adverse event.

Bezpieczeństwo pacjenta stanowi bezspornie istotny aspekt w kontekście podnoszenia jakości w całym systemie ochrony zdrowia, szczególnie w obszarze szpitalnictwa, gdzie skutki niepożądanych zdarzeń z dużym prawdopodobieństwem są większym zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjenta niż w opiece ambulatoryjnej [1].

Poprawa bezpieczeństwa pacjenta musi mieć charakter kompleksowy. W tym celu powinna obejmować dwa wymiary bezpieczeństwa – techniczny i funkcjonalny. Wymiar techniczny rozumiany jako profesjonalizm działania dotyczy takich składowych bezpieczeństwa, jak np.: kwalifikacje formalne, umiejętności praktyczne, doświadczenie pracowników medycznych, liczba personelu medycznego dostosowana do stanu zdrowia i liczby pacjentów, warunki sanitarno-higieniczne pomieszczeń, w których przebywają pacjenci, warunki przechowywania leków, stan techniczny aparatury i sprzętu medycznego. Zapewnienie bezpieczeństwa w tym wymiarze nie gwarantuje jednak, że pacjent nie dozna szkody. Równie ważne jest zapewnienie bezpieczeństwa w wymiarze funkcjonalnym, który jest rozumiany jako profesjonalizm relacji. Wymiar ten dotyczy szeroko rozumianej komunikacji z pacjentem i może obejmować takie składowe, jak: zrozumiałe przekazywanie informacji, okazywanie empatii i zrozumienia, poświęcenie pacjentowi czasu i uwagi lub też pytanie o jego potrzeby. Uwzględnienie tych dwóch wymiarów w zarządzaniu ryzykiem zdarzeń niepożądanych daje podstawy do osiągania znaczącej poprawy w tym szczególnym przypadku jakości, jakim jest bezpieczeństwo pacjenta [2–3].

Trudności w zarządzaniu wyżej wymienionym obszarem jakości przysparza jednak brak rzetelnych informacji na temat spełniania kryteriów wymiaru technicznego i funkcjonalnego, co jest szczególnie ważne w przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w rodzaju „szpitalne całonocne świadczenia zdrowotne”. O ile w przypadku podmiotów leczniczych, które uzyskały akredytację od Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie jest możliwa bliższa ocena spełnienia wcześniej wymienionych kryteriów, o tyle w przypadku pozostałych placówek medycznych jest to niewykonalne [4]. Jednym ze źródeł informacji o stopniu spełnienia określonych wyżej kryteriów są sami pracownicy medyczni, ale istnieje tutaj luka – brak centralnego systemu, który mógłby zbierać, analizować i wyciągać wnioski z dostatecznie licznej grupy problemów zgłaszanych przez personel medyczny i/lub pacjentów [5].

Badanie miało na celu zebranie i ocenę informacji dotyczących bezpieczeństwa pacjentów na podstawie deklaracji aktywnych zawodowo pielęgniarek.

Materiał i metody

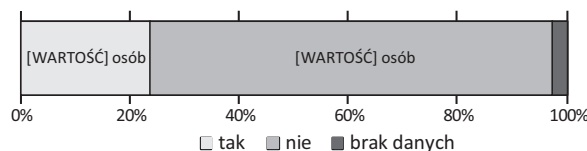
Badanie przeprowadzono wśród 160 pielęgniarek (studentek stacjonarnych i niestacjonarnych studiów magisterskich na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym), które zadeklarowały zatrudnienie jako pielęgniarka w podmiocie leczniczym.

Badanie przeprowadzono z użyciem autorzkiego kwestionariusza ankiety opierającego się w przypadku kilku pytań na treści kwestionariusza „Hospital Survey on Patient Safety Culture” opracowanego przez Agencję do spraw Badań Jakości Opieki Zdrowotnej (*Agency for Healthcare Research and Quality* – AHRQ). Zastosowano okolicznościowy dobór próby. Do analizy wyników zastosowano wyłącznie statystykę opisową. Aby uzyskać 160 zwrotnych ankiet, rozdano 200 egzemplarzy ankiet (stopień realizacji próby – 80%). Badanie przeprowadzono w styczniu 2014 r. Ponad trzy czwarte badanych wskazało szpital jako miejsce zatrudnienia. Staż pracy w zawodzie w miesiącach kształtował się następująco: ≤ 12 – 54%, > 12 oraz ≤ 36 – 16%, > 36 – 14%, brakujące dane stanowiły 16%.

Wyniki i omówienie

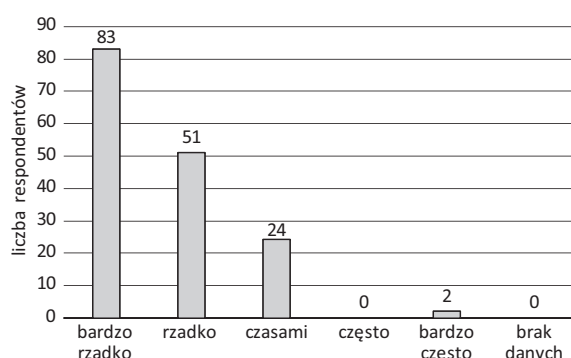
Popęlnienie błędu w związku z prowadzeniem farmakoterapii u pacjenta zaobserwowała podczas wykonywania pracy zawodowej blisko jedna czwarta badanych pielęgniarek (ryc. 1). Biorąc pod uwagę to, że w pytaniu użyto określenia „kiedykolwiek”, wydaje się, że zadeklarowana przez pielęgniarki skala zdarzeń niepożądanych związana z tym powszechnym rodzajem terapii jest relatywnie niewielka. Należy jednak zauważyć, że staż pracy w zawodzie respondentów w połowie przypadków nie przekraczał roku.

Ogólna skala zdarzeń niepożądanych (ryc. 2) w miejscu zatrudnienia badanych pielęgniarek (należy pamiętać, że są to deklaracje o charakterze subiektywnym) wskazuje, że zdarzenia te mają cha-



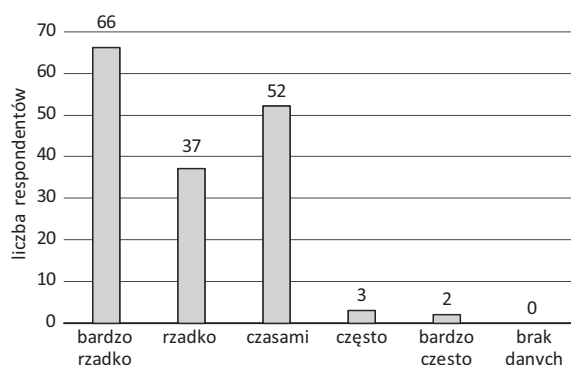
Ryc. 1. Czy podałeś kiedykolwiek pacjentowi niewłaściwy lek lub lek w nieodpowiedniej dawce, lub lek, którego nie powinien dostać, bez względu na to, czy błąd ten był wynikiem działań pielęgniarskich, czy lekarskich? (n = 160)

Fig. 1. Have you ever given a patient wrong drug or a wrong drug dose, or the drug that a patient should not get, regardless whether the error was made by nurses or physicians?



Ryc. 2. Proszę wskazać, jak często sytuacja pomyłek (niewłaściwy lek, niewłaściwy pacjent, niewłaściwa dawka itp.) personelu pielęgniarskiego i lekarskiego ma miejsce w twoim miejscu pracy (n = 160)

Fig. 2. Please indicate how often the following errors (wrong drug, wrong patient, wrong dose, etc.) made by nurses and physicians happen in your workplace

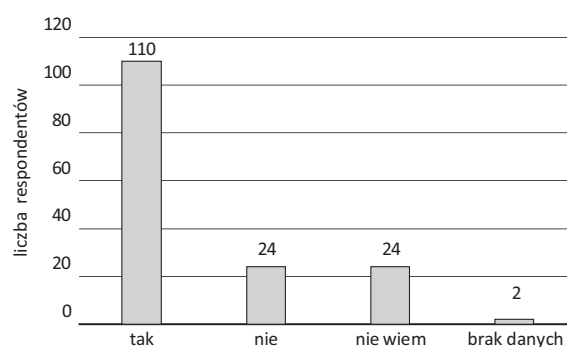


Ryc. 3. Czy docierają do ciebie informacje o pomyłkach personelu pielęgniarskiego i lekarskiego w twoim miejscu pracy? (n = 160)

Fig. 3. Are you informed about errors made by nurses and physicians that happen in your workplace

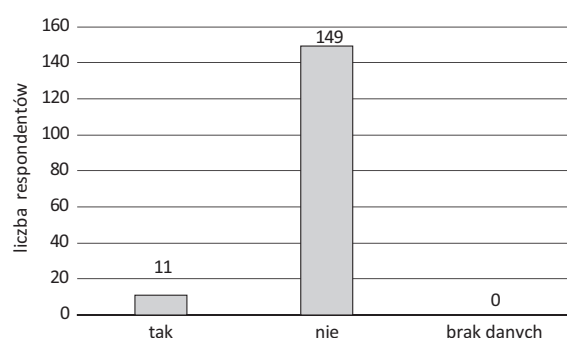
rakter sporadyczny (odpowiedź: bardzo rzadko i rzadko – 84%).

Badane pielęgniarki w większości mają przeświadczenie, że informacje na temat zdarzeń niepożądanych zaistniałych w ich miejscu pracy są dla nich niedostępne (odpowiedź: bardzo rzadko i rzadko – 65%). W literaturze [6] natomiast wskazuje się, że skutecznym sposobem redukcji skali zdarzeń niepożądanych jest wdrożenie systemu uczenia się na błędach (*Reporting and Learning Systems* – RLS). System ten opiera się na zasadzie transparentności zaistniałych pomyłek dla pozostałych członków organizacji, dzięki czemu jest możliwe wypracowanie rozwiązań mających na celu ich eliminację. Na podstawie deklaracji badanych (ryc. 3) można przypuszczać, że taki system nie działa w podmiotach leczniczych ankietowanych pielęgniarek – stwarza to większe zagrożenie dla hospitalizowanych pacjentów, aniżeli gdyby system taki istniał.



Ryc. 4. Czy leki w twoim miejscu pracy są przechowywane zawsze w warunkach gwarantujących im temperaturę zalecaną przez producenta, np. poniżej 25°C? Weź pod uwagę szczególnie porę letnią (n = 160)

Fig. 4. In your workplace. Are drugs always kept in conditions that ensure the temperature recommended by the manufacturer, e.g. below 25°C? Take into account the summer seasons

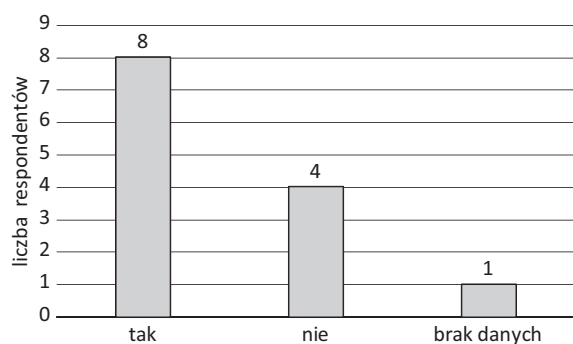


Ryc. 5. Czy jesteś zatrudniona jako pielęgniarka w więcej niż jednym miejscu pracy? (n = 160)

Fig. 5. Are you employed as a nurse in more than one workplace?

Deklaracje badanych pielęgniarek odnośnie do przechowywania leków w ich miejscu pracy budzą duże wątpliwości co do bezpieczeństwa pacjentów z zakresu prowadzonej farmakoterapii. Odpowiedzi około jednej trzeciej respondentów sugerują, że pacjenci otrzymywali leki, które ze względu na temperaturę, w jakiej są przechowywane, nie gwarantują ich przydatności do leczenia (odpowiedź: nie – 15%) lub też kontrola warunków przechowywania nie jest prowadzona (odpowiedź: nie wiem – 15%), zatem nie można zagwarantować, że leki te nie zagrażają zdrowiu pacjenta (ryc. 4).

Ważną kwestią, jeśli chodzi o bezpieczeństwo pacjenta, jest sprawność psychofizyczna personelu medycznego. W sytuacji wieloletowości w Polskim systemie ochrony zdrowia [7] pojawia się pytanie, czy osoba sprawująca opiekę nad pacjentem, np. pielęgniarka, jest sprawna psychofizycznie. Z zebranych danych wynika, że tylko 7% pielęgniarek deklaruje drugie miejsce zatrudnienia (ryc. 5). Należy jednak zauważyć, że ankietowane osoby są jednocześnie studentami, co może mieć



Ryc. 6. Czy zdarza ci się, że bezpośrednio po nocnym dyżurze idziesz do drugiej pracy na zmianę dzienną? (n = 13)

Fir. 6. Do you sometimes have to go to work on a day shift after a night shift?

istotny wpływ na decyzję o niepodjęciu dodatkowego zatrudnienia. Szczególnie niebezpieczna dla pacjenta jest sytuacja, kiedy pielęgniarka pracująca w systemie zmianowym idzie po nocnej zmianie do następnego miejsca zatrudnienia. Jest to również niebezpieczne zarówno dla samej pielęgniarki, jak i pacjenta (ryc. 6).

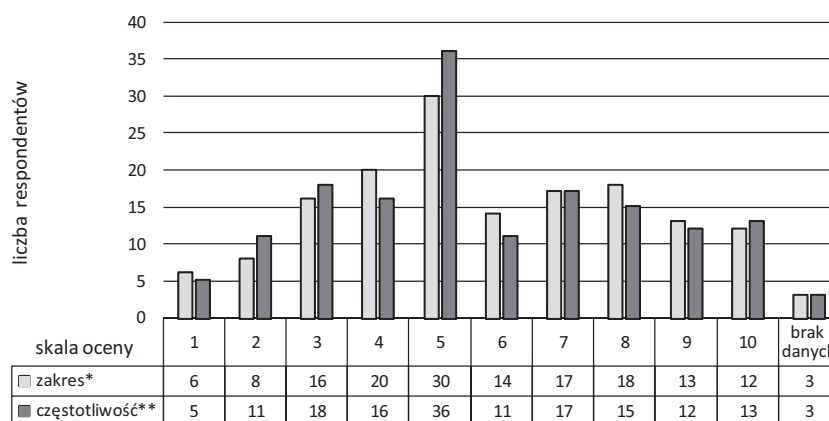
Zasadniczą kwestią, jeśli chodzi o bezpieczeństwo pacjenta, jest komunikacja między osobami sprawującymi opiekę nad pacjentem (np. pielęgniarka i lekarz) [8]. Wydaje się, że im komunikacja między wykonawcami procesu terapeutycznego jest częstsza (ujęcie ilościowe) i zawiera więcej szczegółów dotyczących pacjenta (ujęcie jakościowe), tym obraz stanu zdrowia pacjenta dla poszczególnych członków zespołu terapeutycznego jest pełniejszy – umożliwia to podjęcie odpowiednich działań i we właściwym czasie. Z zebranych danych wynika, że pielęgniarki nie są usatysfakcjonowane częstotliwością i zakresem wymiany informa-

cji o pacjencie z lekarzem, gdyż połowa badanych ocenia te dwa parametry poniżej średniej (ryc. 7). Brak adekwatnej do potrzeb komunikacji może istotnie utrudniać pielęgniarkom właściwą diagnozę pielęgniarską, a tym samym wiązać się ze zbyt późnym rozpoznaniem i wdrożeniem potrzebnych działań na rzecz bezpieczeństwa pacjenta.

Skuteczna komunikacja lekarza z pacjentem może istotnie ograniczyć stres związany z hospitalizacją [9]. Dodatkowo pacjent niewłaściwie informowany o stanie swojego zdrowia, planowanej terapii lub rokowaniach nie może świadomie decydować o sobie w kontekście zdrowia i choroby, co uniemożliwia uczestniczenie pacjenta w procesie jego leczenia opierające się na zasadzie partnerstwa. Z zebranych danych wynika, że komunikacja lekarz–pacjent jest nieskuteczna (być może informacje nie są przekazywane lub są przekazywane w sposób niezrozumiały dla pacjenta), gdyż wiadomości, które powinny być przekazane przez lekarza, pacjent stara się przeważnie (często i bardzo często – 70%) wyegzekwować od pielęgniarki (ryc. 8).

Z zebranych danych wynika, że komunikacja między członkami zespołu pielęgniarskiego jest satysfakcjonująca (odpowiedź: często i bardzo często – 72%) dla pielęgniarek nawet w sytuacji kryzysowej, to znaczy takiej, która charakteryzuje się dużą liczbą zadań do wykonania w relatywnie krótkim czasie (ryc. 9).

Obciążenie pracą personelu medycznego jest ważnym czynnikiem warunkującym bezpieczeństwo pacjenta [10], zarówno w aspekcie dostarczenia opieki medycznej na czas, jak i czasu potrzebnego na właściwą obserwację/diagnozę pielęgniarską/lekańską. Z zebranych danych wynika, że organizacja pracy w znacznej (odpowiedź: często i bar-

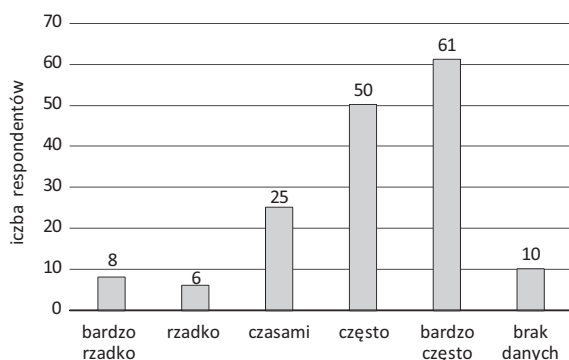


Ryc. 7. Jak oceniasz zakres i częstotliwość wymiany informacji z lekarzem o aktualnym stanie pacjenta? Zaznacz w tabeli krzyżykiem (gdzie „0” to niska ocena, a „10” ocena wysoka) (n = 160)

Fig. 7. How do you assess the scope and frequency of information exchanged with physicians about the current state of a patient? Select the table with a cross (where “0” is a low score, and “10” high score)

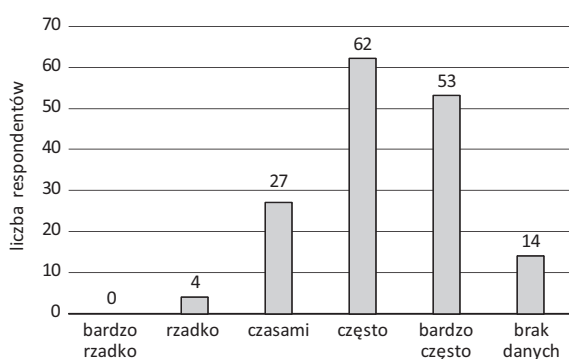
* rozstęp = 10; średnia = 5,6; moda = 5; sd = 2,55; skośność = -0,04; kurtoza = -0,74

** rozstęp = 10; średnia = 5,5; moda = 5; sd = 2,56; skośność = 0,05; kurtoza = -0,76



Ryc. 8. Jak często zdarza ci się, że pacjent chce uzyskać od ciebie informacje o swoim stanie zdrowia, wynikach badań, planowanych badaniach, wypisie itp.? (n = 160)

Fig. 8. How often does a patient want to get from you information about their health condition, laboratory tests results, planned diagnostic tests, discharge etc.?

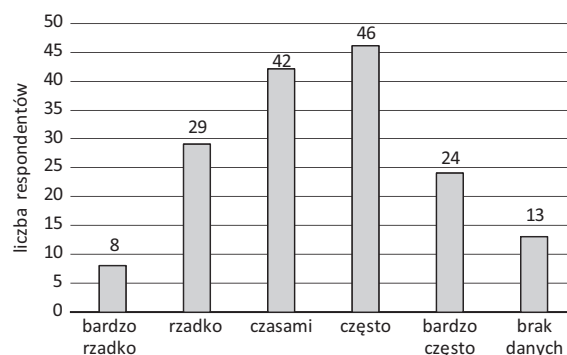


Ryc. 9. Kiedy w moim miejscu zatrudnienia jest dużo do wykonania zadań wymagających bezzwłocznej interwencji, to personel pielęgniarski pracuje wspólnie, jak jedna drużyna/zespół (n = 160)

Fig. 9. In my workplace. When a lot of work needs to be done quickly, nurses work together as a team to get the work done

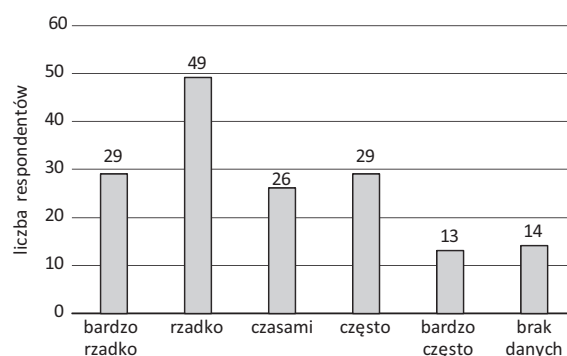
dzo często – 44%) części miejsc zatrudnienia badanych pielęgniarek jest niewłaściwa. To znaczy stan zdrowia i liczba pacjentów jest nieadekwatna do liczby personelu pielęgniarskiego (ryc. 10). Może to stwarzać zwiększone ryzyko zdarzeń niepożądanych wynikających z nieudzielenia pomocy chorej osobie na czas.

Raport Instytutu Medycyny (IOM, USA 1999 r.) wskazuje, że najczęstszą obecnie przyczyną błędów medycznych nie jest niedbałość, brak wiedzy lub umiejętności praktycznych. Przyczyn należy szukać w złej organizacji systemu opieki zdrowotnej [11]. Kierownik, zamiast skupiać swoje działania wyłącznie na ukaraniu pracownika, powinien przede wszystkim analizować zdarzenia niepożądane pod kątem uwarunkowań ergonomicznych i oceniać stopień partycypacji pracownika w zaistnieniu zdarzenia niepożądanego – to podejście jest uważane za najwłaściwsze [11]. Z zebranych danych wynika, że brakuje takiej świadomości kierownikom w miejscach pracy badanych pielęgniarek (odpo-



Ryc. 10. W moim miejscu zatrudnienia praca odbywa się w trybie „kryzysowym”, to znaczy próbuje się wykonać zbyt wiele zadań i zbyt szybko (n = 160)

Fig. 10. In my workplace. We work in a “crisis mode” trying to do too much, too quickly



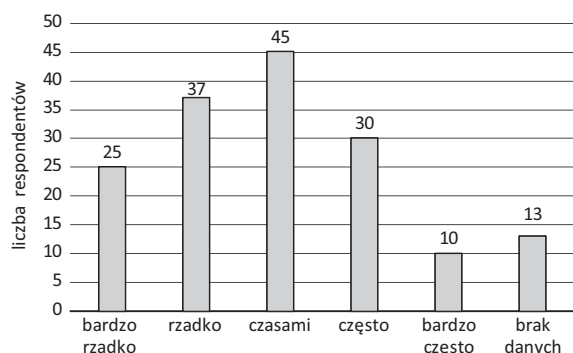
Ryc. 11. Kiedy ktoś z personelu pielęgniarskiego popełni błąd, to nie szuka się przyczyn błędu, ale winnych do ukarania (n = 160)

Fig. 11. When an error is made by nurses, it feels like a person is being written up, not a problem

wiedź: czasami, często, bardzo często – 43%). Owe podejście kierowników badanych pielęgniarek nie sprzyja rozwiązywaniu problemów związanych z bezpieczeństwem pacjentów (ryc. 11).

Jak już wspomniano na początku pracy, personel medyczny jest ważnym źródłem informacji na temat zdarzeń niepożądanych. Uwagi zgłaszane przez personel medyczny mogą istotnie wpłynąć na poprawę bezpieczeństwa pacjentów, redukując liczbę sytuacji sprzyjających wystąpieniu u pacjenta zarówno szkody rzeczywistej, jak i potencjalnej [12]. Z zebranych danych wynika (ryc. 12), że kierownicy badanych pielęgniarek w znacznej części (odpowiedź: bardzo rzadko, rzadko, czasami – 66%) nie wykorzystują potencjału personelu jako źródła informacji na temat poprawy bezpieczeństwa pacjenta.

W kontekście bezpieczeństwa pacjentów ważny jest nie tylko system uczenia się na popełnionych błędach (RLS) [6], ale też system ustawicznego kształcenia pracowników ochrony zdrowia – kontynuowanie rozwoju zawodowego (*Continuing Professional Development* – CPD) [13]. Ba-



Ryc. 12. Mój szef uwzględnia uwagi personelu na temat poprawy organizacji pracy w celu zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa (n = 160)

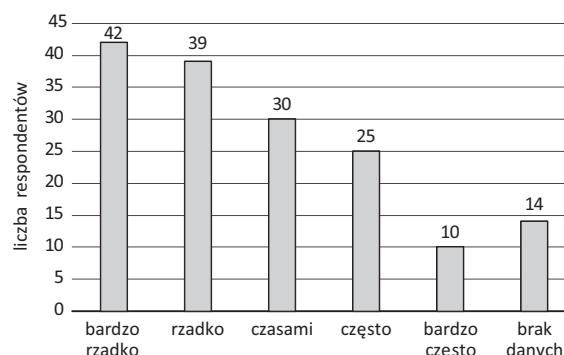
Fig. 12. My boss takes into account staff suggestions for improving organization of work in order to ensure patient's safety

dania naukowe potwierdzają, że poziom wykształcenia ma wpływ na jakość opieki i występowanie zdarzeń niepożądanych [13]. Z zebranych danych wynika (ryc. 13), że kierownicy pielęgniarek nie podejmują wystarczających działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta w aspekcie CPD (odpowiedź: bardzo rzadko i rzadko – 51%).

Wnioski

Potrzebna jest poprawa bezpieczeństwa pacjenta w podmiotach leczniczych będących miejscem zatrudnienia badanych pielęgniarek przez:

1) stworzenie warunków gwarantujących należyte przechowywanie leków oraz wypracowanie mechanizmów kontroli tych warunków;



Ryc. 13. Czy twój pracodawca umożliwia ci ustawiczne doskonalenie zawodowe (kursy, specjalizacje)? (n = 160)

Fig. 13. Does your employer allow you to continue professional development (courses, specializations)?

2) poprawę komunikacji na linii personel zarządzający–pielęgniarki, lekarze–pielęgniarki, lekarze–pacjenci;

3) motywowanie bezpośrednich przełożonych pielęgniarek do zaangażowania się w poprawę organizacji pracy swoich pracowników;

4) dostosowanie obsady pielęgniarskiej do stanu zdrowia i liczby pacjentów, tak aby praca nie musiała odbywać się w „trybie kryzysowym”;

5) utworzenie w szpitalu anonimowego systemu zgłaszania zdarzeń mających wpływ na bezpieczeństwo pacjenta (RLS);

6) działania kierownictwa na rzecz zwiększenia liczby personelu pielęgniarskiego uczestniczącego w procesie ciągłego rozwoju zawodowego (CPD), szczególnie przez formy kształcenia umożliwiające ocenę ich wyników (kończące się egzaminem wiedzy i/lub umiejętności).

Podziękowania. Autorzy niniejszej pracy pragną złożyć szczególne podziękowania dr Zofii Sienkiewicz za pomoc w zebraniu materiału badawczego.

Piśmiennictwo

- [1] **Labon M.:** Niebezpieczne Szpitale 5/2003. Dokument z witryny internetowej dostępny pod adresem: http://www.termedia.pl/Czasopismo/Menedzer_Zdrowia-12/Streszczenie-1344 (data dostępu: 10.05.2014).
- [2] **Czerw A., Religioni U., Olejniczak D.:** Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012, 93(2), 269–273.
- [3] **Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J.:** Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów szpitali. *Przegl. Epidemiol.* 2008, 62, 643–650.
- [4] **Lewandowski R.:** Narzędzia doskonalenia jakości w ochronie zdrowia. *Przedsiębiorczość i zarządzanie* 2012, tom XIII, zeszyt 1, 47–61.
- [5] **Kruk-Kupiec G.:** Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych. Projekt bezpiecznej praktyki medycznej. Dokument z witryny internetowej Ministerstwa Zdrowia dostępny pod adresem: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m7&ms=603&ml=pl&mi=603&mx=0&mt=&my=602&ma=18078> (data dostępu: 11.05.2014).
- [6] **Gajewski P., Bała M.:** Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali. *Med. Prakt.* 2012/11. Dokument z witryny internetowej dostępny pod adresem: <http://www.mp.pl/artykuly/76459> (data dostępu: 12.05.2014).
- [7] **Golinowska S., Kocot E., Sowa A.:** Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy. *Zdr. Publ. Zarz.* 2013, 11(2), 135–136.
- [8] Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Komunikowanie Interpersonalne w Pielęgniarstwie (NR 09/07) Kurs specjalistyczny. Dokument z witryny internetowej CKPPiP dostępny pod adresem: http://ckppip.edu.pl/index.php?strona=programy_kszt_all&podstrona=%3Cfont_color=black%3Ekursy_specjalistyczne%3Cfont_color=black%3E (data dostępu: 13.05.2014).

- [9] **Waszkiewicz A., Białecka B.:** Kształtowanie usług medycznych na podstawie oceny i odczucia pacjenta. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, seria: Organizacja i zarządzanie 2012, z. 63a, p. nr kol. 1891.
- [10] **Kowalik G.:** Czynniki wpływające na jakość opieki pielęgniarskiej. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2006, tom 4, 144–145.
- [11] **Pokorski J.:** Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych. Ekspertyza przygotowana w ramach działalności Komitetu Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Kraków 2008.
- [12] Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, Zalecenie Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, 2009/C 151/01.
- [13] Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP) w sprawie CPD – Kontynuowania Rozwoju Zawodowego Pielęgniarek (2010). Dokument z witryny internetowej PTP dostępny pod adresem: http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP_Stanowiska/21_PTP_STAN_07_12_2010.pdf (data dostępu: 20.05.2014).

Adres do korespondencji:

Rafał Szpakowski
Zakład Zdrowia Publicznego
Wydział Nauki o Zdrowiu WUM
Szpital Banacha (Kampus Banacha), blok F
ul. Banacha 1a
02-097 Warszawa
e-mail: rafszpakowski@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 26.07.2014 r.

Po recenzji: 26.12.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 7.01.2015 r.

Received: 26.07.2014

Revised: 26.12.2014

Accepted: 7.01.2015