



Rzecznik Praw Pacjenta

GROMADZENIE I ANALIZA INFORMACJI

o zdarzeniach niepożądanych
w polskich szpitalach

ZESPÓŁ EKSPERTÓW DO SPRAW ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH:

1. Kinga Głównka
2. Małgorzata Kaczyńska
3. Barbara Kutryba
4. Paweł Maciejczak
5. Violetta Matecka
6. Karolina Podwysocka
7. Przemysław Skręta
8. Agnieszka Szewczyk
9. Dariusz Szplit
10. Hanna Taraszkiewicz
11. Dariusz Zawadzki

REDAKCJA:

Marta Puścion

Katarzyna Majkowska

Jakub Adamski



Szanowni Państwo,

ciągła poprawa bezpieczeństwa pacjenta jest fundamentem budowania nowoczesnego, efektywnego i przyjaznego pacjentowi systemu ochrony zdrowia. Zdarzenia niepożądane niosą za sobą liczne konsekwencje. Ponorzą je pacjenci, personel medyczny, podmioty lecznicze – ale również cały system opieki zdrowotnej. Wpływają na obniżenie zaufania i poczucia bezpieczeństwa pacjentów oraz koszty leczenia – następstw tych zdarzeń. Prewencja – raportowanie, analiza i wdrażanie zmian w oparciu o lekcje płynące z tych zdarzeń – to najlepsza strategia. Wymaga ona jednak zaangażowania wszystkich – personelu, podmiotów leczniczych oraz instytucji publicznych.

Z przyjemnością przedstawiam Państwu raport pokazujący, po raz pierwszy w tak dogłębny sposób, w oparciu o informacje udzielone przez aż 400 szpitali, realia raportowania i analizy zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach. Raport pokazuje jasno, że o ile część podmiotów podejmuje bardzo kompleksowe i daleko idące działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów, to „kultura bezpieczeństwa” nie stała się do tej pory normą. Na drodze do jej rozpowszechnienia stoją nie tylko brak jednolitych standardów i efektywnych narzędzi, ale również, a może przede wszystkim, obawa i nieufność. Doświadczenia innych państw pokazują wyraźnie, że powinniśmy szukać rozwiązań, a nie winnych.

Ta myśl jest bardzo bliska moim działaniom. Stanowi ona podstawowe założenie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, gdzie pacjenci mogą liczyć na rekompensatę i zadośćuczynienie, a podmioty medyczne i personel nie muszą się obawiać poszukiwania „winnego” zdarzenia. Chciałbym w oparciu o ten fundament, budować również zaufanie i rozwijać współpracę pomiędzy podmiotami leczniczymi a instytucjami publicznymi, tak niezbędne dla wykorzystania lekcji płynących ze zdarzeń niepożądanych, nie tylko na poziomie danego podmiotu, ale również całego systemu ochrony zdrowia.

Bardzo cieszy mnie zaufanie, które zdobywamy wśród podmiotów leczniczych. Prawie połowa z ankietowanych wskazała Rzecznika Praw Pacjenta, jako instytucję, która mogłaby prowadzić centralny rejestr zdarzeń niepożądanych. To daje nadzieję, że na drodze współpracy uda się stworzyć rejestr.

Poniższy raport jest pierwszym z dokumentów prezentujących analizy, dobre praktyki i rekomendacje w obszarze zdarzeń niepożądanych. Mam nadzieję, że stanie się on istotnym impulsem do szerszej dyskusji i konsekwentnych działań na rzecz wdrożenia nowoczesnych rozwiązań, które pozwolą zmniejszyć liczbę zdarzeń niepożądanych. Każde zgłoszenie to szansa na poprawę systemu. Każda analiza to krok w stronę bezpieczniejszej opieki. Każda decyzja oparta na wnioskach z tego procesu to realna korzyść dla pacjenta i dla całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Z wyrazami szacunku,


Rzecznik Praw Pacjenta
Bartłomiej Chmielowiec

I. WSTĘP	5
II. PRAKTYKA ZBIERANIA INFORMACJI O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH W POLSKICH SZPITALACH	8
Cel badania	9
Materiały i metody	9
System zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych	13
Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych	16
Zakres zbieranych danych na temat zdarzeń niepożądanych	17
Analizowanie informacji o zdarzeniach niepożądanych	23
Problemy, wyzwania i oczekiwania	24
Centralny system zbierający dane na temat zdarzeń niepożądanych	24
III. WNIOSKI	26

ABSTRAKT

Cel badania: Celem badania było zgromadzenie informacji, analiza i wstępna ocena obecnego stanu rejestrowania i zarządzania zdarzeniami niepożądanymi w szpitalach w Polsce. Dotychczas nie przeprowadzono systemowej analizy tego zagadnienia w Polsce w tak szerokim zakresie.

Metody: Raport powstał na podstawie dwóch badań przeprowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W pierwszym z nich Rzecznik Praw Pacjenta, na przełomie października i listopada 2024 r., zaprosił do uczestniczenia w badaniu ankietowym wszystkie szpitale w Polsce. Drugie z badań zostało przeprowadzone przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia we wrześniu 2024 r. wśród 180 szpitali posiadających aktualny certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia.

Rezultat: Pierwszą z ankiet wypełniło 400 podmiotów leczniczych. Ankieta była anonimowa, ale dobrowolnie swoimi danymi kontaktowymi podzieliło się 76 podmiotów. Drugą ankietę, przygotowaną przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, wypełniło 59 podmiotów leczniczych.

Wnioski: Informacje o zdarzeniach niepożądanych w większości szpitali zbierane są nieodpowiednio, a 40% podmiotów wykorzystuje do tego celu papierową formę. Niewielki odsetek szpitali posiada poprawnie działający system rejestracji zdarzeń niepożądanych.

W 63% szpitali zgłoszenia są anonimowe, jednak czas zapewnienia anonimowości jest różny. 10% placówek wskazywało brak danych jako odpowiedź na pytanie o najczęstszą kategorię zdarzeń niepożądanych. Pomimo trudności, 76% szpitali wydaje zalecenia po analizie zdarzeń, a 57% z nich monitoruje skuteczność ich wdrażania. Większość respondentów (prawie 66%) opowiada się za utworzeniem centralnego systemu rejestracji, przy czym najczęściej wskazywaną instytucją odpowiedzialną za jego prowadzenie był Rzecznik Praw Pacjenta. Badanie ukazuje pilną potrzebę standaryzacji procedur, wdrożenia nowoczesnych narzędzi analitycznych oraz budowania kultury bezpieczeństwa. Różnorodność praktyk między szpitalami stanowi potencjał do opracowania dobrych praktyk, które – po adaptacji – mogłyby znacząco podnieść jakość opieki i poziom bezpieczeństwa pacjentów w całym kraju.

I. WSTĘP

Szacunki wskazują, że co dziesiąty pacjent narażony jest na zdarzenie niepożądane podczas leczenia szpitalnego w państwach o wysokim dochodzie¹. Błędy medyczne stanowią mogą nawet trzecią przyczynę zgonów w Stanach Zjednoczonych². Jak pokazują dane, ponad 50% szkód można było uniknąć³.

Zdarzenia niepożądane zgodnie z definicją zawartą w ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta⁴ to zdarzenia, które wydarzyły się w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia, bądź zaniechania udzielenia, świadczeń zdrowotnych i spowodowały lub mogły spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu. Zbieranie informacji o zdarzeniach niepożądanych w systemie ochrony zdrowia jest kluczowym elementem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oraz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych. Zdarzenia niepożądane są istotnym wskaźnikiem jakości systemu opieki zdrowotnej. Ich analiza i raportowanie pozwalają na identyfikację obszarów wymagających poprawy, zapobieganie podobnym incydentom w przyszłości oraz wdrażanie skutecznych mechanizmów zarządzania ryzykiem.

Systemy raportowania zdarzeń niepożądanych funkcjonują w wielu krajach na świecie przyjmując różne modele organizacyjne i metodyczne. Istotnym elementem widocznym w krajach, takich jak Szwecja, Finlandia, Dania czy Belgia, jest dbałość o „no blame culture”, gdzie zgłaszający nie musi obawiać się negatywnych konsekwencji ujawnienia zdarzenia.

Jak pokazują doświadczenia innych państw, systemy zgłaszania zdarzeń niepożądanych powinny opierać się na dwóch podstawowych zasadach: ryzyko staje się widoczne, a także zapobiega się szkodom⁵. W praktyce jednak stworzenie odpowiedniego systemu napotyka na bariery, takie jak niska świadomość personelu, obawa przed konsekwencjami prawnymi czy brak odpowiednich narzędzi technologicznych do skutecznej analizy danych.

Obowiązek gromadzenia informacji o zdarzeniach niepożądanych został wprowadzony do prawa polskiego na mocy ustawy o jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Wszystkie podmioty lecznicze posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”) zostały zobowiązane do wdrożenia (do 30 czerwca 2024 r.) wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, który ma służyć ciągłej poprawie jakości oraz zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym.

Mimo wprowadzenia obowiązku gromadzenia informacji o zdarzeniach niepożądanych obecnie nie istnieje jeszcze jeden spójny system zbierania, analizowania i monitorowania incydentów. Każdy z podmiotów leczniczych może wprowadzić własne zasady, procedury i rozwiązania służące jego realizacji. W ramach procesu autoryzacji szpitala prowadzonego przez NFZ, bada się czy taki system został wprowadzony, a w ramach wizyt

¹ Rafter N, Hickey A, Condell S, Conroy R, O'Connor P, Vaughan D, Williams D, Adverse events in healthcare: learning from mistakes, QJM, 2015, 108(4), s. 273-277

² Makary M A, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US BMJ 2016; 353 :i2139 doi:10.1136/bmj.i2139

³ Patient safety, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>, [dostęp: 10.08.2025]

⁴ Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692)

⁵ WHO, Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems Technical report and guidance, 2020

akredytacyjnych, prowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (dalej: „CMJ”) w jaki sposób podmioty lecznicze zbierają informacje o zdarzeniach niepożądanych, a także jak wykorzystują wnioski służące poprawie jakości opieki wynikające z ich analizy.

Sygnały kierowane do Rzecznika Praw Pacjenta (dalej: „RPP”) przez pacjentów jasno pokazują, jak istotna z ich perspektywy, jest kwestia bezpieczeństwa w ochronie zdrowia. Zapobieganie zdarzeniom niepożądanym jest jednym z obszarów w ochronie zdrowia, oprócz m.in. profilaktyki zdrowotnej, ograniczenia behawioralnych czynników ryzyka⁶, gdzie podejmowane działania mogą przynieść najwięcej korzyści polskim pacjentom. Z międzynarodowych danych wynika, że zdarzenia niepożądane powodują istotny wzrost kosztów, urazy, niepełnosprawność i śmiertelność, a kultura bezpieczeństwa pacjentów jest wykładnikiem jakości usług opieki zdrowotnej i dlatego jest postrzegana jako wyznacznik jakości opieki⁷.

Wdrożenie kompleksowego systemu rejestrowania i ewaluacji zdarzeń niepożądanych jest istotnym czynnikiem poprawy standardów bezpieczeństwa pacjenta. Tylko odpowiednie raportowanie, gromadzenie i analiza danych o zdarzeniach niepożądanych pozwoli na wdrożenie właściwych działań naprawczych.

Istotne jest ograniczanie liczby zdarzeń niepożądanych występujących podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Aby osiągnąć ten cel, niezbędne jest zbieranie danych dotyczących tych zdarzeń, a także ich odpowiednia i kompleksowa analiza. Dotychczas jednak takie dane nie były ani zbierane w uporządkowanej formie, ani nie były poddawane szerszemu badaniu i dyskusji.

W styczniu 2022 r. RPP rozpoczął zbieranie informacji na temat zdarzeń niepożądanych pochodzących ze zgłoszeń pacjentów (przede wszystkim za pośrednictwem Telefonicznej Informacji Pacjenta). Wraz z wejściem w życie znowelizowanej⁸ ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 września 2023 r. RPP ma nowe kompetencje do zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych oraz opracowywania na ich podstawie rekomendacji, analiz i raportów w zakresie bezpieczeństwa pacjenta. Działania Rzecznika będą więc skupiać się na tym zagadnieniu.

Jednym z pierwszych podjętych kroków, było powołanie przez RPP zespołu ekspertów do spraw zdarzeń niepożądanych⁹, którego zadaniem było w pierwszej kolejności, wypracowanie rekomendacji dotyczących klasyfikacji zdarzeń niepożądanych oraz opracowanie raportu na temat stanu obecnego raportowania zdarzeń niepożądanych w Polsce. Wśród ekspertów są m.in. przedstawiciele szpitali wojewódzkich, powiatowych, uniwersyteckich centrów klinicznych oraz stacji ratownictwa medycznego – głównie specjaliści ds. jakości, a także przedstawiciel CMJ.

⁶ Behawioralne i środowiskowe czynniki ryzyka (w tym palenie tytoniu, zagrożenia związane z nieprawidłową dietą, spożycie alkoholu i niska aktywność fizyczna) przyczyniają się do 44% wszystkich zgonów w Polsce, co stanowi wyższy odsetek niż średnia UE (39%). State of Health in the EU Polska, Profil systemu ochrony zdrowia 2023, OECD, https://www.oecd.org/pl/publications/polska-profil-systemu-ochrony-zdrowia-2023_b12d3d03-pl.html, [dostęp: 04.08.2025].

⁷ Vikán M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO, The association between patient safety culture and adverse events - a scoping review. BMC Health Serv Res. 2023 29;23(1).

⁸ Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692)

⁹ Zarządzenie nr 24/2024 z dnia 12 sierpnia 2024 r. RPP w sprawie powołania w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych

Celem zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych jest ograniczenie ryzyka niepotrzebnych szkód związanych z opieką zdrowotną do możliwego do zaakceptowania minimalnego poziomu. Jak wskazała Światowa Organizacja Zdrowia już w 2009 r.¹⁰, zbieranie informacji, analiza i monitorowanie zdarzeń niepożądanych są kluczowe, ponieważ przyczyniają się do:

- **poprawy bezpieczeństwa pacjentów** – pozwalają identyfikować przyczyny zdarzeń i wdrażać działania zapobiegawcze, minimalizując ryzyko ich powtórzenia;
- **podnoszenia jakości opieki zdrowotnej** – umożliwiają doskonalenie procedur klinicznych, opiekuńczych oraz optymalizację organizacji pracy w szpitalu;
- **zwiększenia zaufania pacjentów** – zapewniają transparentność w zakresie bezpieczeństwa i jakości opieki, budując zaufanie pacjentów do placówki medycznej i systemu ochrony zdrowia jako całości;
- **edukacji personelu** – poprzez zgłaszanie informacji o incydentach i uczestnictwo w szkoleniach pracownicy podmiotów leczniczych uczą się na błędach, co sprzyja rozwijaniu kultury bezpieczeństwa i odpowiedzialności.
- **optymalizacji kosztów** – wdrożenie działań zapobiegawczych może ograniczyć konieczność leczenia skutków błędów medycznych, kosztów procesów prawnych czy wypłaty zadośćuczynień i odszkodowań, co prowadzi do oszczędności finansowych dla placówek medycznych.

Celem niniejszego dokumentu jest przedstawienie aktualnego stanu systemu raportowania zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach, wskazanie barier oraz zaproponowanie rozwiązań pozwalających na usprawnienie tego procesu.

Uzyskane w badaniu informacje pozwolą w dalszej kolejności na zaproponowanie odpowiednich zmian i wsparcie podmiotów leczniczych w kwestii zbierania danych o zdarzeniach niepożądanych. Istotne jest podjęcie działań mających na celu zwiększenie efektywności systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych, konieczne jest także promowanie kultury bezpieczeństwa, w której personel medyczny czuje się zachęcony do raportowania incydentów bez obaw o represje. Wdrożenie wystandaryzowanych procedur i zasad dotyczących zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych mogłoby usprawnić proces zbierania i analizy danych, prowadząc do lepszej jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w Polsce.

¹⁰ WHO conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva, World Health Organization, 2009

GROMADZENIE I ANALIZA INFORMACJI

II. PRAKTYKA ZBIERANIA INFORMACJI O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH W POLSKICH SZPITALACH

II. PRAKTYKA ZBIERANIA INFORMACJI O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH W POLSKICH SZPITALACH

CEL BADANIA

Celem opracowania jest zebranie i przedstawienie informacji na temat obecnego stanu gromadzenia i analizowania zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach. Do tej pory nie zostały zebrane na poziomie centralnym szczegółowe informacje o stanie raportowania zdarzeń niepożądanych, co istotnie utrudniało planowanie i realizację szerszych działań o charakterze systemowym. Rzetelne przedstawienie aktualnej sytuacji oraz wyzwań posłuży również odpowiedzi na pytanie o potrzebę wdrożenia centralnego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych. Raport podsumowuje zbiorczo informacje na temat przygotowanych i zastosowanych procesów zgłaszania zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach, ich jakości oraz funkcjonowania, a także służy identyfikacji czynników wpływających na przygotowanie i zaawansowanie procesu wdrożenia.

MATERIAŁY I METODY

Raport powstał na podstawie dwóch badań przeprowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

W pierwszym z nich Rzecznik Praw Pacjenta zaprosił na przełomie października i listopada 2024 r. do uczestniczenia w badaniu wszystkie szpitale w Polsce. Podmioty te zostały poproszone o wypełnienie autorskiego kwestionariusza ankiety opracowanego przez zespół ds. zdarzeń niepożądanych działający przy RPP. Udział w badaniu był dobrowolny. Ankiety wypełniło 400 podmiotów leczniczych. Ankieta była z założenia anonimowa (dla zapewnienia jak największej liczby udzielonych odpowiedzi), jednakże szpitale mogły dobrowolnie podać swoje dane identyfikujące. Wiele podmiotów podzieliło się swoimi danymi kontaktowymi, za co bardzo dziękujemy.

Kwestionariusz ankiety zawierał 34 pytania, podzielone na 9 części:

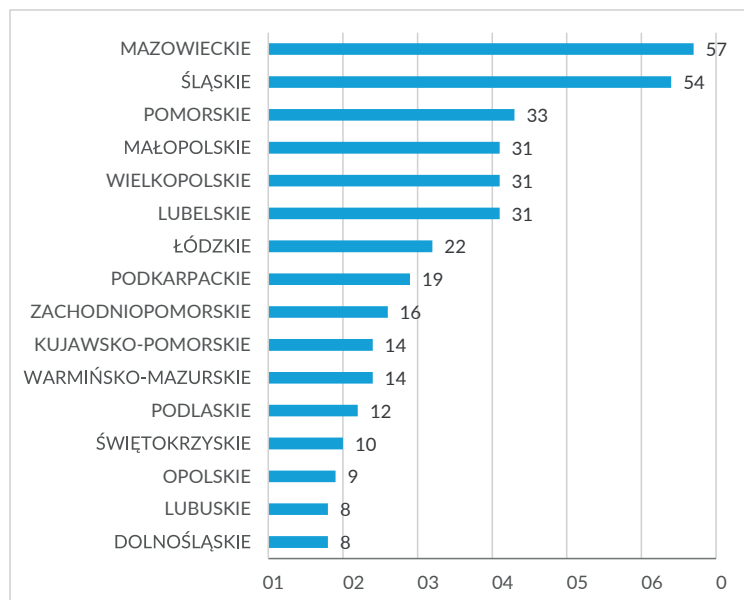
- informacje wstępne o zdarzeniach niepożądanych,
- zgłaszanie zdarzeń niepożądanych,
- zakres zbieranych danych na temat zdarzeń niepożądanych,
- analizowanie informacji o zdarzeniach niepożądanych;
- raportowanie zdarzeń niepożądanych,
- zdarzenia niepożądane w podmiocie,
- system obsługujący zdarzenia niepożądane,
- problemy, wyzwania i oczekiwania,
- informacje o szpitalu.

Drugie z badań zostało przeprowadzone przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia we wrześniu 2024 r. Ankieta została rozesłana przez CMJ do 180 szpitali posiadających aktualny certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia. Badanie CMJ skupiło się na realizacji rekomendacji/zaleceń wydanych po analizie zdarzeń niepożądanych. Ankiety wypełniło 59 podmiotów leczniczych.

CHARAKTERYSTYKA SZPITALI BIORĄCYCH UDZIAŁ W ANKIECIE RPP:

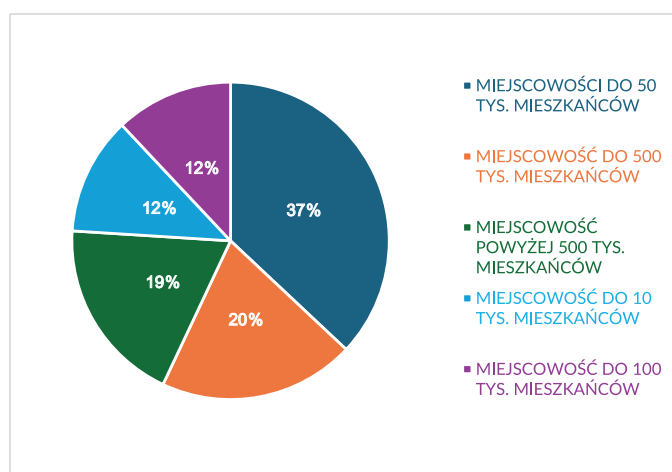
Z danych Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wynika, że w 2025 r. funkcjonowało w Polsce 967 szpitali państwowych i prywatnych¹¹. Co oznacza, że w badaniu wzięło udział 41,3% ze wszystkich szpitali w Polsce.

WYKRES 1. WOJEWÓDZTWO PODMIOTU



Biorąc pod uwagę rzeczywistą liczbę szpitali w stosunku do liczby uzyskanych odpowiedzi, największy odsetek podmiotów leczniczych wzięło udział z województwa dolnośląskiego, lubelskiego i pomorskiego¹². Najniższy odsetek szpitali, które wypełniły kwestionariusz, był w województwie świętokrzyskim, podlaskim i opolskim¹³.

WYKRES 2. MIEJSCOWOŚĆ



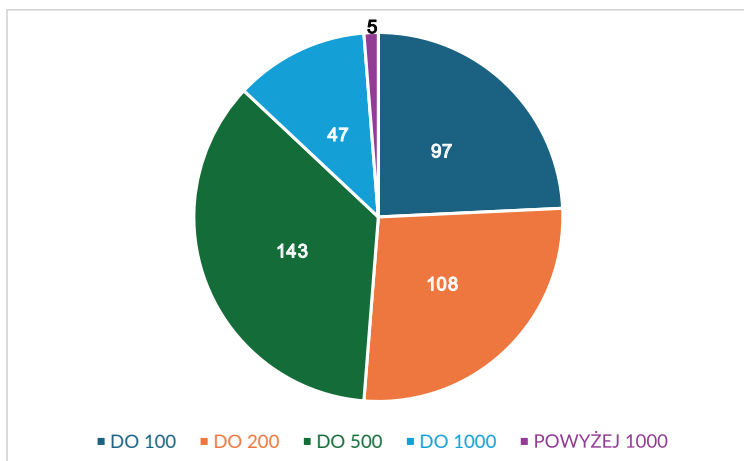
Ze szpitali, które wzięły udział w badaniu 37% mieści się w miejscowościach do 50 tys. mieszkańców, 20% placówek medycznych znajduje się w miastach do 500 tysięcy osób, 19% biorących udział w badaniu deklaruje swoje położenie w miejscowości powyżej 500 tysięcy osób oraz 12% w miejscowościach do 10 tysięcy mieszkańców i do 100 tysięcy mieszkańców.

¹¹ Dane z RPWDL. Zastosowane kryteria kwalifikacji: zakres części VIII kodów resortowych 4000 – 4999, funkcja HC.1.1. (leczenie stacjonarne), wykluczenie Ministra Sprawiedliwości (podmiot tworzący).

¹² Liczba szpitali w poszczególnych województwach: dolnośląskie – 14, lubelskie – 55, pomorskie – 68.

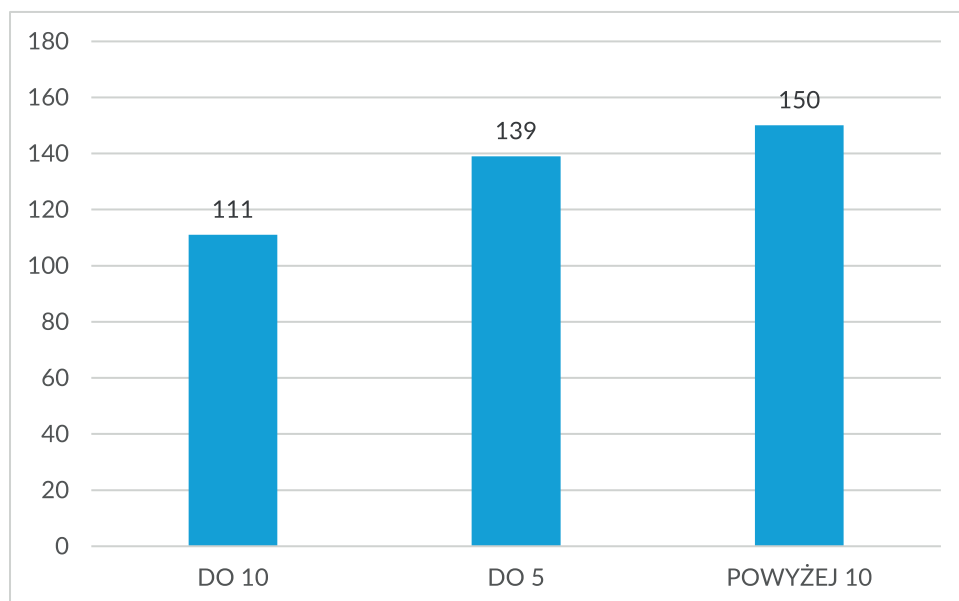
¹³ Liczba szpitali w poszczególnych województwach: świętokrzyskim – 53, podlaskim – 60 i opolskim – 32.

WYKRES 3. LICZBA ŁÓŻEK



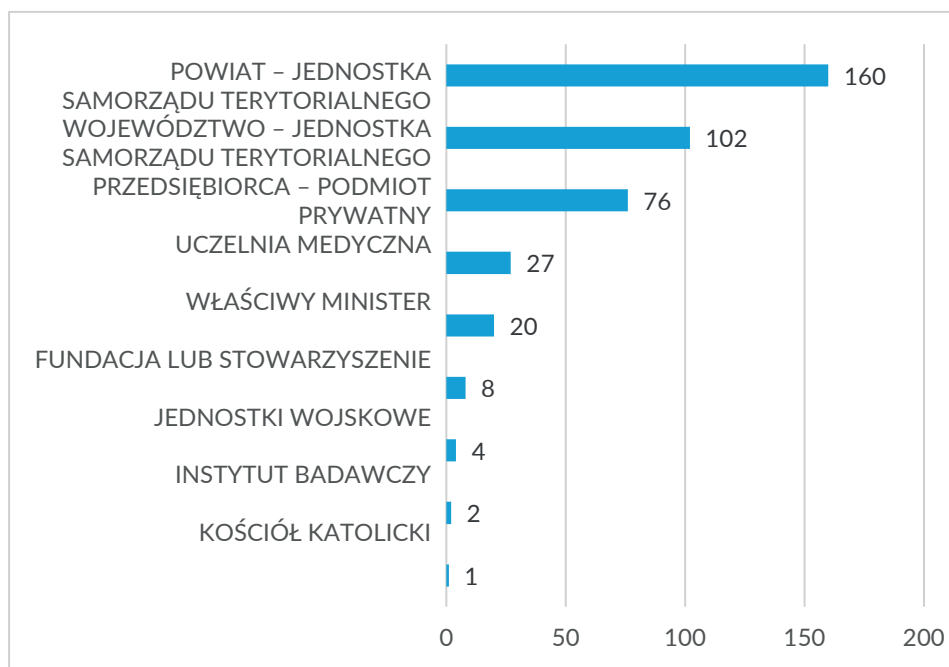
Zgodnie z danymi Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: „RPWDL”), przeciętna liczba łóżek w jednym szpitalu w Polsce to 191. Prawie ¼ badanych zadeklarowało posiadanie 100 łóżek w placówce leczniczej. 27% badanych wskazało na liczbę łóżek do 200. Najwięcej, bo 37% szpitali oświadczyło, że w szpitalu znajduje się do 500 łóżek. 12% szpitali, które wzięły udział w ankiecie zadeklarowało posiadanie od 500 do 1000 łóżek. Najmniej, bo jedynie 5 podmiotów posiada powyżej 1000 łóżek.

WYKRES 4. ODDZIAŁY



Z uczestniczących szpitali, 150 (37,5%) podmiotów zadeklarowało dysponowaniem powyżej 10 oddziałów, 111 (27,75%) szpitali zadeklarowało do 10 oddziałów, a 139 (34,75%) szpitali do 5 oddziałów.

WYKRES 5. PODMIOT TWORZĄCY



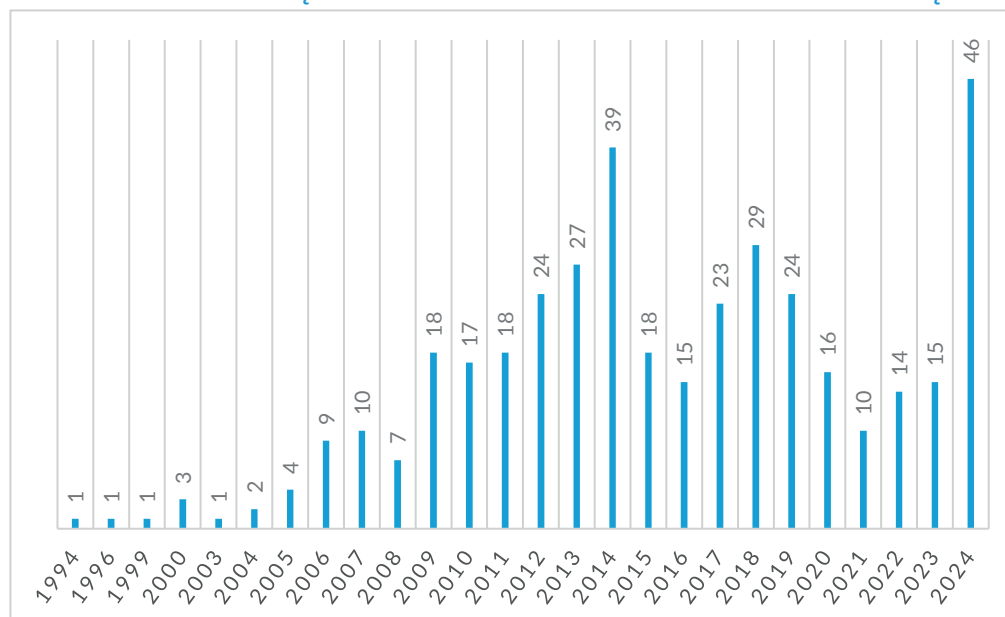
W ankiecie wzięło udział ponad:

- 73% wszystkich szpitali, których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna,
- 60% wszystkich szpitali, których podmiotem tworzącym jest województwo,
- 50% wszystkich szpitali, których podmiotem tworzącym jest powiat,
- 34% wszystkich szpitali, których podmiotem tworzącym jest Minister Zdrowia, Minister Obrony Narodowej albo Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- 22% wszystkich szpitali prywatnych.

75% szpitali, które wzięło udział w ankiecie, jest w sieci szpitali.

WDROŻENIE PROCESU ZBIERANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

WYKRES 6. OD KIEDY SĄ ZBIERANE INFORMACJE O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH?



Podmioty wskazują różne doświadczenie w zbieraniu danych o zdarzeniach niepożądanych. Najwcześniejsza wskazana data, kiedy zaczęto gromadzić dane o zdarzeniach niepożądanych to 1994 r. W tym samym roku utworzone zostało Centrum Monitorowania Jakości. Najwięcej szpitali (46) zaczęło zbierać dane w 2024 roku, co stanowi 11,5% badanej próby. Powodem było wejście w życie obowiązku wdrożenia przez szpitale do 30 czerwca 2024 r. wewnętrznego systemu, który składa się z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy w celu zapobiegania wystąpieniu zdarzeń niepożądanych.

Istotny wzrost liczby podmiotów deklarujących gromadzenie informacji o zdarzeniach niepożądanych nastąpił od 2009 r. wraz z określeniem standardów akredytacyjnych przez CMJ. W ramach Funduszy Unijnych w 2008 r. ruszył projekt obejmujący swoim zakresem podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia pt. „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”, którego beneficjentem stało się Centrum Monitorowania Jakości¹⁴. Projekt został skierowany m.in. do szpitali, które posiadają podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług opieki zdrowotnej lub świadczą usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych na podstawie innych przepisów. Uczestnikami stały się placówki ubiegające się o odnowienie certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia w celu zachowania jego ciągłości, jak i szpitale przystępujące do projektu po raz pierwszy.

SYSTEM ZBIERANIA INFORMACJI O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH

Wszystkie szpitale, które udzieliły odpowiedzi na pytania wskazały, że gromadzą informacje na temat zdarzeń niepożądanych. W prawie wszystkich szpitalach system obsługujący zdarzenia niepożądane jest powszechny, czyli obejmuje cały szpital i istnieje dedykowany formularz do zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych.

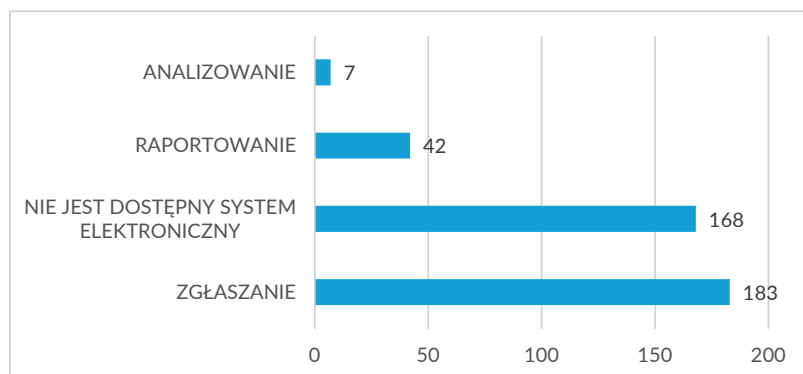
FORMA ZBIERANIA INFORMACJI NA TEMAT ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

Aż 40% szpitali gromadzi informacje dotyczące zdarzeń niepożądanych wyłącznie w formie papierowej. Większość szpitali wykorzystuje więcej niż jedną formę zbierania informacji. W niemal połowie podmiotów leczniczych do zbierania informacji wykorzystywany jest formularz elektroniczny. W co czwartym szpitalu jest wykorzystywany dedykowany wewnętrzny system zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

SYSTEM OBSŁUGUJĄCY ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE

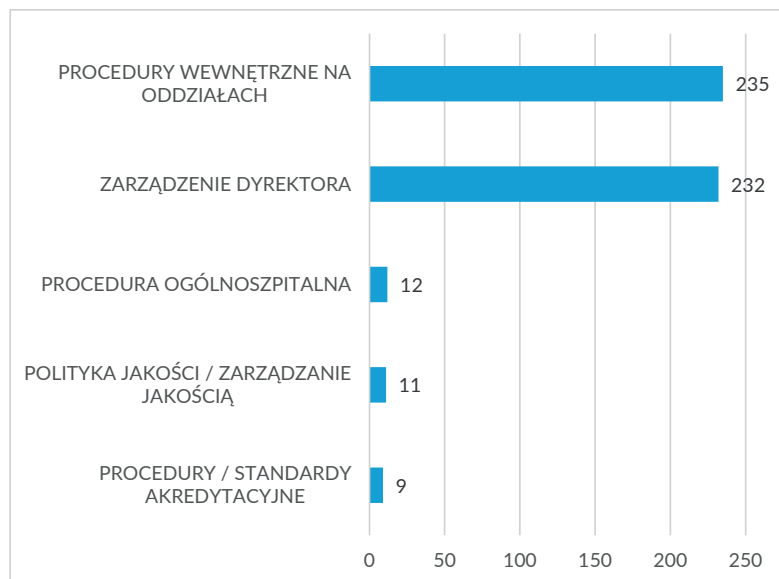
W prawie wszystkich szpitalach system obsługujący zdarzenia niepożądane jest powszechny, czyli obejmuje cały szpital.

WYKRES 7. JAKIE MODUŁY OBEJMUJE SYSTEM ELEKTRONICZNY?



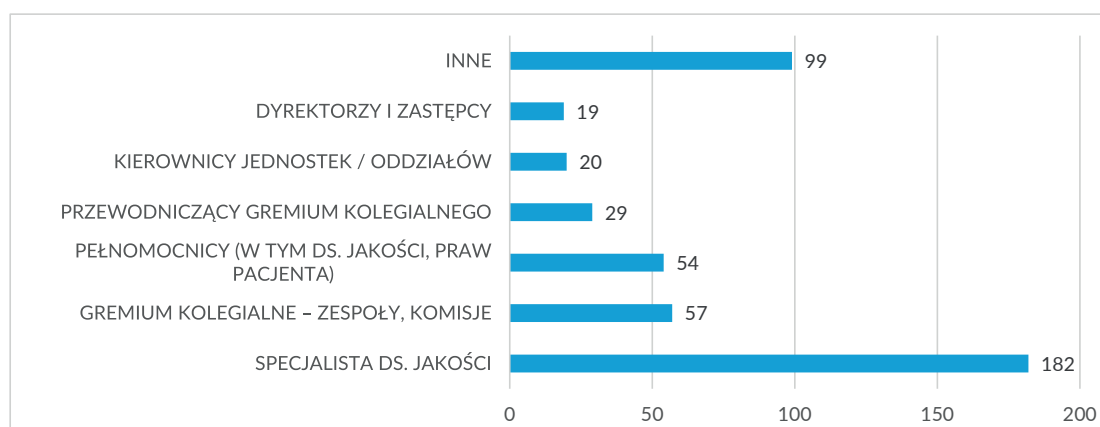
¹⁴https://www.zdrowie.gov.pl/sppw/opis-359-wsparcie_procesu_akredytacji_zakladow.html, [dostęp: 11.08.2025]

WYKRES 8. UMOĆNIENIE SYSTEMU RAPORTOWANIA



W odpowiedzi na pytanie o sposób umocnienia raportowania zdarzeń niepożądanych w podmiocie, około 59% szpitali wskazało, że jest ono wdrożone w drodze zarządzenia kierownika podmiotu leczniczego. Jednocześnie 58% szpitali wskazało, że właściwe procedury określone są na poszczególnych oddziałach.

WYKRES 9 OSOBY I GREMIA ODPOWIEDZIALNE ZA ZBIERANIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



Szpitala zdecydowały się na wprowadzenie różnych modeli zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych oraz różnego scedowania odpowiedzialności za ten obowiązek. W większości przypadków więcej niż jedna kategoria osób/gremiów jest odpowiedzialna za zbieranie informacji o zdarzeniach niepożądanych w szpitalu¹⁵.

Z przeprowadzonego badania wynika, że podmioty zdecydowały się na przeniesienie odpowiedzialności za zbieranie zdarzeń niepożądanych na różne osoby i gremia. Część zdecydowała się przenieść odpowiedzialność na grupy, część na stanowiska jednoosobowe. Szpitale, które powierzyły to zadanie jednej osobie, wybierały zarówno przedstawicieli kadry zarządzającej, jak i pracowników niższego lub średniego szczebla. Część podmiotów przenosi odpowiedzialność na grupę zainteresowanych, wyznaczając jednocześnie odpowiedzialnego za zbieranie danych o zdarzeniach niepożądanych np. dyrektora, pielęgniarkę epidemiologiczną oraz zespół do spraw zakażeń.

¹⁵ Szpitale mogły wybrać więcej niż jedną opcję.

Najczęściej, bo w 45% przypadków odpowiedzialność za zbieranie danych o zdarzeniach niepożądanych powierza się kadrze o niższym szczeblu m.in. specjalistom ds. jakości, inspektorom, lekarzom, pielęgniarkom oraz koordynatorom. W 13% przypadków stanowiska zbiorowe odpowiadają za proces rejestrowania zdarzeń. Osobną grupą, która jest angażowana w proces zarządzania bezpieczeństwem pacjenta są pełnomocnicy, taki model został wybrany w 12% szpitali.

Jednocześnie, zgodnie z odpowiedziami badanych, w 9% placówek medycznych za gromadzenie danych dotyczących zdarzeń niepożądanych odpowiadają zarówno wyznaczeni indywidualni pracownicy, jak i podmioty wieloosobowe zajmujące się zarządzaniem jakością.

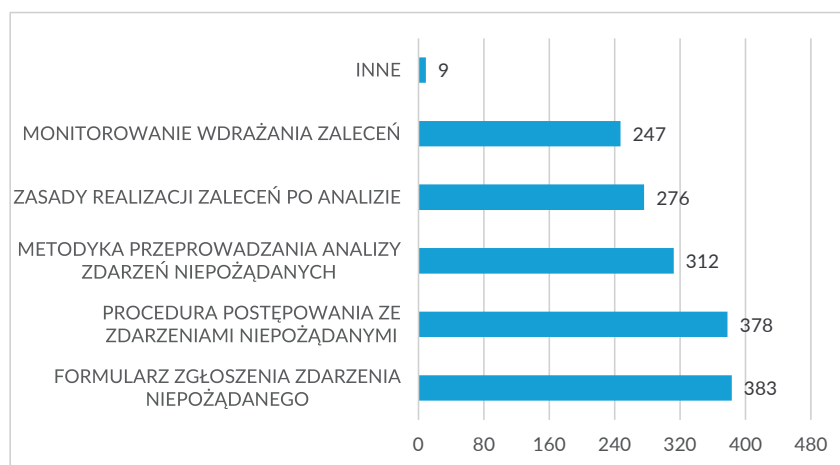
DOKUMENTY TWORZĄCE SYSTEM RAPORTOWANIA O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH

System raportowania zdarzeń niepożądanych w podmiocie leczniczym może składać się z 5 elementów:

1. Procedury postępowania ze zdarzeniami niepożądanymi;
2. Formularze zgłoszenia zdarzenia niepożądanego;
3. Metodyki przeprowadzania analizy zdarzeń niepożądanych;
4. Zasady realizacji zaleceń po analizie zdarzenia niepożądanego;
5. Monitorowanie wdrażania zaleceń po analizie zdarzenia niepożądanego.

Ponad 50% podmiotów posiada wszystkie 5 wymienionych elementów w ramach wewnętrznego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych.

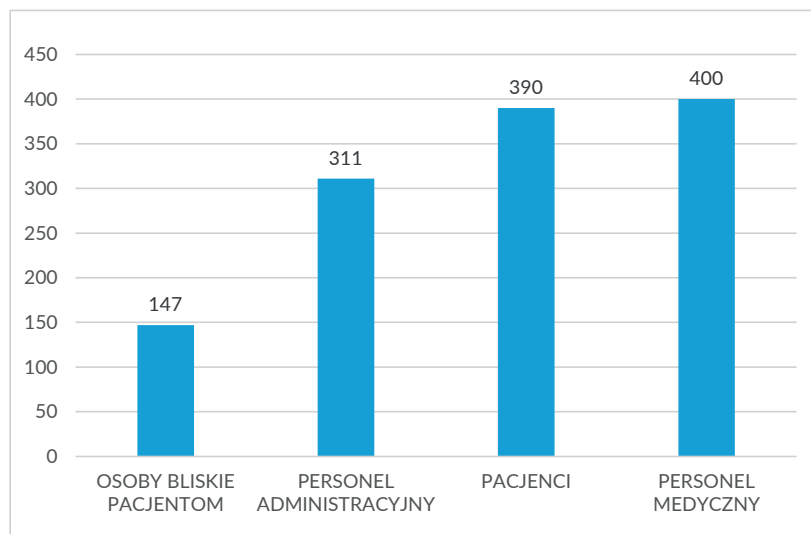
WYKRES 10. DOKUMENTY TWORZĄCE SYSTEM RAPORTOWANIA O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH



Prawie wszystkie szpitale w regulacjach wewnętrznych określiły wzór formularza zgłoszenia zdarzenia niepożądanego, a ponad 90% wdrożyło procedurę postępowania ze zdarzeniami. Metodyka analizy zdarzeń niepożądanych nie została określona w 22% podmiotów. Jeszcze rzadziej uregulowane są zasady realizacji zaleceń po analizie zdarzenia niepożądanego (takich zasad nie ma prawie 30%), a także monitorowanie wdrażania zaleceń po analizie zdarzenia niepożądanego (poniżej 40%).

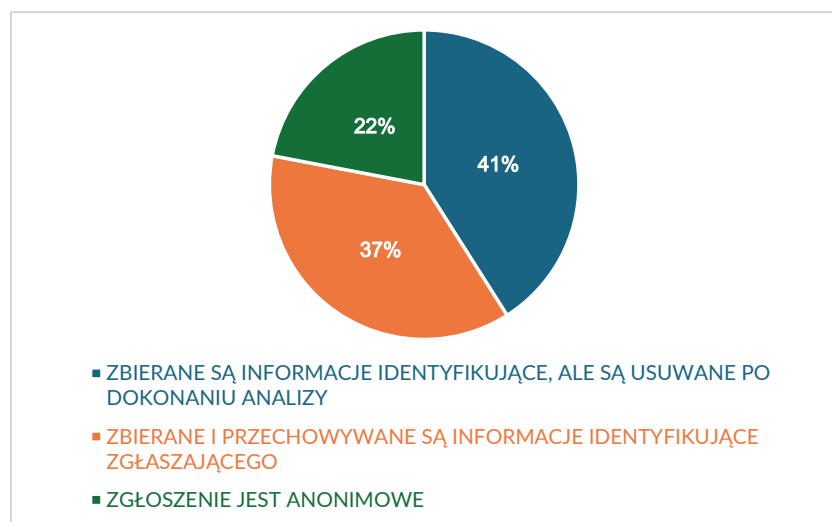
ZGŁASZANIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

WYKRES 11. ZGŁASZANIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



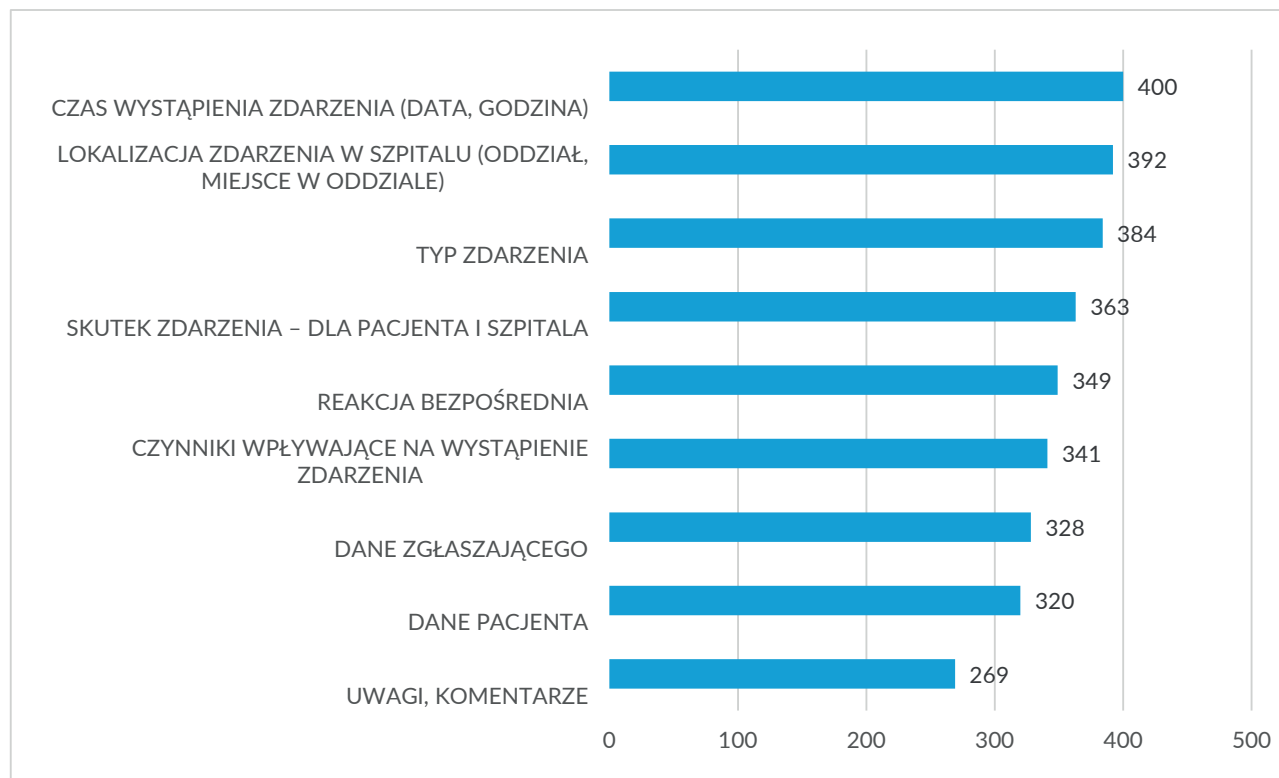
Zdarzenia niepożądane mogą być zgłaszane przez różne osoby, najczęściej przez więcej niż jedną. Pracownicy medyczni mogą zgłaszać zdarzenia niepożądane we wszystkich szpitalach. W prawie 100% szpitali pacjenci mogą zgłaszać zdarzenia niepożądane z czego w ponad 63% przypadków analiza dokonywana jest przez pracownika na podstawie skargi pacjenta, a w 37% pacjenci mogą zgłosić zdarzenie samodzielnie. W prawie 80% przypadkach szpitali obok personelu medycznego do zgłaszania są również uprawnieni pracownicy administracyjni podmiotu leczniczego. Ponad 35% szpitali umożliwia zgłaszanie osobom bliskim oraz pacjentom samodzielnie.

WYKRES 12. ZBIERANIE INFORMACJI O OSOBIE ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE



Szpitala w większości przypadków zbierają zanonimizowane dane o osobie zgłaszającej (63%). Anonimizacja odbywa się na różnych etapach: w 22% podmiotów pozwala się na zgłoszenie bez podania danych osobowych, a w przypadku 41% zgłoszenia te są anonimizowane po wykonaniu analizy. To oznacza, że w większości przypadków osoba z zewnątrz nie ma możliwości poznania tożsamości zgłaszającego. 37% podmiotów zbiera i przechowuje informacje identyfikujące zgłaszającego.

WYKRES 13. ELEMENTY FORMULARZA ZGŁASZANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



We wszystkich podmiotach zbierane są informacje na temat czasu wystąpienia zdarzenia, w niemal wszystkich raportowane są dane dotyczące lokalizacji zdarzenia, a także typu zdarzenia. Warto zwrócić uwagę, że w 20% szpitali nie są zbierane dane pacjenta. W zależności od sprawy może to utrudniać albo nawet uniemożliwiać analizę konkretnego zdarzenia z powodu dużej liczby pacjentów przebywających na oddziale.

ZAKRES ZBIERANYCH DANYCH NA TEMAT ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

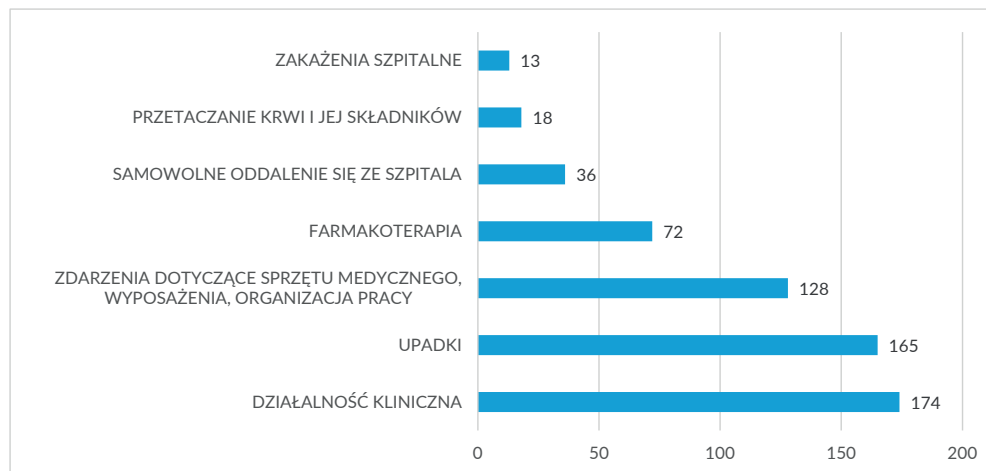
Każdy ze szpitali, które wzięły udział w ankiecie, zbiera informacje na temat zdarzeń niepożądanych oznaczając to, że realizuje obowiązek ustawowy.

JAKIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE SĄ ZBIERANE?

Prawie 70% podmiotów zbiera informacje zarówno na temat zdarzeń niepożądanych, których konsekwencje dosięgnęły pacjenta (spowodowały szkodę), a także zdarzeń niepożądanych, które potencjalnie mogły się wydarzyć (niedoszło, które nie spowodowały szkody u pacjenta). W ponad 20% podmiotów leczniczych zdecydowano się zbierać informacje tylko o zdarzeniach niepożądanych, których konsekwencje dosięgnęły pacjenta.

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE NA ODDZIAŁACH

Z danych przekazanych przez podmioty lecznicze wynika, że najwięcej zdarzeń niepożądanych zgłaszanych jest na oddziałach chirurgii. 30% szpitali odnotowuje zgłoszenia dotyczące tego oddziału. Zgłoszenia dotyczące oddziału wewnętrznego pojawiają się w 20% podmiotów leczniczych, a na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w 15,5% szpitali. Informacje odnoszące się do oddziału ginekologiczno-położniczego były zebrane w 8% podmiotów.

WYKRES 14. NAJCZĘŚCIEJ W SZPITALACH ZGŁASZANE SĄ NASTĘPUJĄCE KATEGORIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

Szpitalne odnotowują najwięcej zgłoszeń na temat zdarzeń niepożądanych dotyczących działalności klinicznej, niewiele mniej informacji wpływa na temat upadków, które zdarzają się na terenie szpitali. Zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia oraz organizacji pracy są również często zgłaszane w podmiotach. Następną w kolejności częstotliwości występowania są zdarzenia związane z farmakoterapią, samowolnym oddaleniem się pacjenta z placówki medycznej, przetaczaniem krwi oraz jej składników i zakażeniami szpitalnymi.

Wśród badanych 10% podmiotów zadeklarowało brak posiadanych danych na temat kategorii najczęściej zgłaszanych zdarzeń niepożądanych. Należy zwrócić uwagę również na kilkanaście szpitali, w których najczęstszą kategorią zdarzeń niepożądanych są jedynie upadki i samowolne oddalenia się ze szpitala, gdzie nie występują zdarzenia o charakterze klinicznym. Może się to wiązać z trudnościami w zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych w szpitalach. Personel medyczny może nie chcieć zgłaszać informacji o innych rodzajach zdarzeń ze względu na obawę przed poniesieniem konsekwencji, co jest drugą najczęściej wskazywaną przyczyną trudności w zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych przez szpitale, o czym będzie mowa poniżej.

Z badania CMJ wynika, że prawie wszystkie podmioty wymieniają upadki pacjentów jako najczęściej identyfikowane zdarzenia. Kolejną najczęściej wskazywaną kategorią zdarzeń niepożądanych są samowolne oddalenia/ucieczki. Wiele szpitali wskazuje też na błędną identyfikację pacjentów jako częste zdarzenia niepożądane. Zróżnicowanie kategorii najczęściej zgłaszanych zdarzeń niepożądanych w badaniach CMJ i Rzecznika Praw Pacjenta wynika prawdopodobnie z obszerności definicji zdarzenia niepożądanego dotyczącego działalności klinicznej, które może być różnie interpretowane przez szpitale uczestniczące w badaniu.

LICZBA RAPORTOWANYCH ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W SZPITALACH

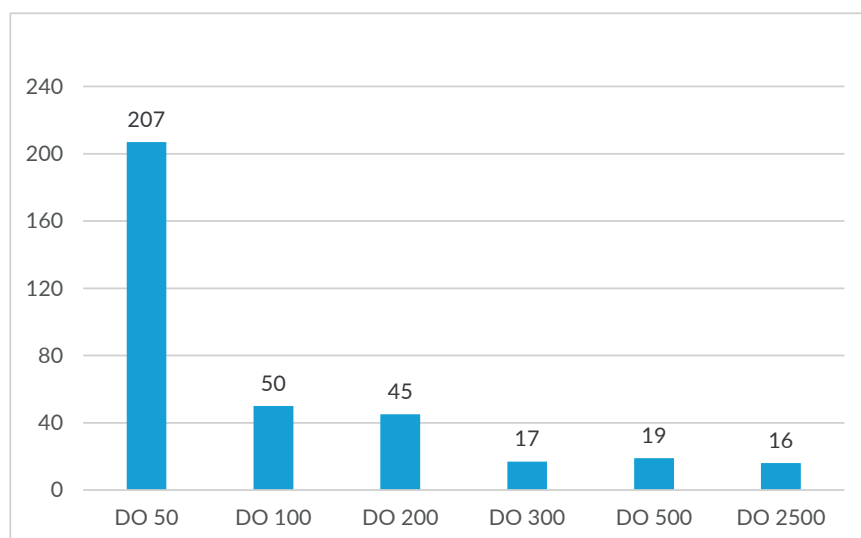
Istotny wgląd w funkcjonowanie wewnętrznych systemów raportowania zdarzeń niepożądanych daje przekazana przez podmioty informacja o liczbie raportowanych zdarzeń niepożądanych. Na 400 uzyskanych odpowiedzi, 60 szpitali nie wypełniło pola dotyczącego liczby zdarzeń niepożądanych.

W ankiecie podmioty wskazały, ile zgłoszeń zostało zebranych w (ostatnim pełnym) 2023 r. oraz ile zgłoszeń zostało zebranych od początku funkcjonowania systemów raportowania w poszczególnych podmiotach. W 2023 r. nie istniał jeszcze obowiązek ustawowy zbierania informacji na temat zdarzeń niepożądanych, dlatego też w poniższej analizie uwzględniliśmy tylko podmioty, które wprowadziły system raportowania o zdarzeniach niepożądanych przed 2024 r. Wykluczaliśmy zatem 46 podmiotów, które wprowadziły system w 2024 r., zgodnie z wymaganiami ustawowymi.

W celu dokładnego przeanalizowania danych, szpitale (354) podzieliliśmy na 6 grup, w zależności od liczby zgłoszonych zdarzeń niepożądanych w 2023 r.:

- I grupa - do 50 zdarzeń niepożądanych,
- II grupa - od 51 do 100,
- III grupa – od 101 do 200,
- IV grupa - od 201 do 300,
- V grupa - od 301 do 500,

WYKRES 15 PODMIOTY WEDŁUG LICZBY ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W 2023 R.



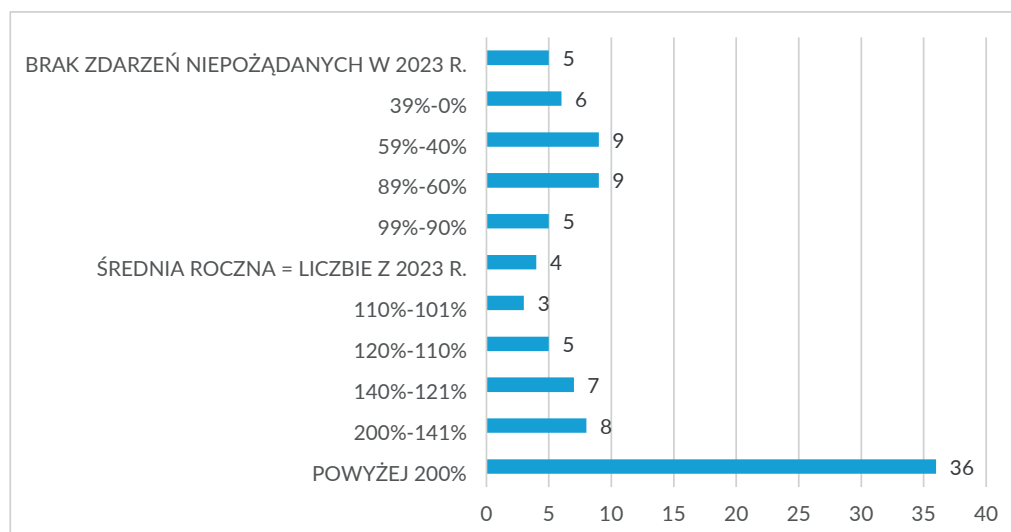
Wśród 354 badanych jednostek największą grupę, czyli 207 podmiotów stanowią szpitale, które wskazały, że w ciągu jednego roku zebrały do 50 zdarzeń niepożądanych. 61 z tych podmiotów zadeklarowało: 0 zdarzeń niepożądanych, brak danych lub pozostawiło puste pole. W tych przypadkach przyjęliśmy, że w 2023 r. podmioty zraportowały 0 zdarzeń niepożądanych. Te szpitale stanowią 1/5 badanej próby.

Niezależnie od wielkości szpitala, tzn. liczby posiadanych łóżek i hospitalizacji, zraportowana liczba zdarzeń niepożądanych poniżej 50 z pewnością nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji panującej w szpitalu. Z tego wynika, że niewielka liczba podmiotów leczniczych w Polsce posiada poprawnie działający rejestr zdarzeń niepożądanych.

Ponad 9% szpitali wyróżnia się pod względem rejestrowanej liczby zdarzeń niepożądanych, czyli zarejestrowało tam minimum 301 zdarzeń niepożądanych. W 2023 r. pięć podmiotów odnotowało ponad 1000 zgłoszeń zdarzeń niepożądanych. Rekordzista pod tym względem zebrał w 2023 r. 2479 zgłoszeń.

Jednocześnie chcąc zobaczyć, czy w podmiotach następuje poprawa w liczbie zgłaszanych zdarzeń niepożądanych w czasie, porównaliśmy dla 97 podmiotów (dla których otrzymaliśmy wszystkie niezbędne informacje) liczbę zgłoszeń w 2023 r. do średniej rocznej liczby zgłoszeń dla poszczególnych podmiotów od początku zbierania przez nich informacji o zdarzeniach niepożądanych (przy czym braliśmy pod uwagę wyłącznie podmioty zbierające te dane od co najmniej 3 lat).

WYKRES 16. STOSUNEK LICZBY ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W 2023 R. DO ŚREDNIEJ ROCZNEJ



W przypadku 59 podmiotów liczba zgłoszeń w 2023 r. była większa niż średnia roczna liczba zgłoszeń w latach poprzednich. Jednocześnie liczba zgłoszeń w 2023 r. była mniejsza w przypadku 34 podmiotów i równa w przypadku 4 podmiotów. To pokazuje, że poprawa raportowania w czasie nie przebiega tak samo we wszystkich podmiotach, a jego wdrożenie może stanowić trudny i czasochłonny proces.

By ocenić efektywność raportowania zdarzeń niepożądanych warto jest powyższe wartości odnieść np. do liczby udzielonych świadczeń, mając na uwadze, że wyniki dużych międzynarodowych badań wskazują, że nawet w 10% przypadków hospitalizacja wiąże się z wystąpieniem zdarzenia niepożądanego. Biorąc pod uwagę liczbę łóżek w szpitalach uczestniczących w ankiecie oraz liczbę zgłoszonych zdarzeń niepożądanych, można stwierdzić, że w większości placówek, jeśli zdarzenia te są raportowane, obejmuje to jedynie niewielką część wszystkich przypadków.

OCENA LICZBY RAPORTOWANYCH ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH NA PODSTAWIE PRZYBLIŻONEJ LICZBY ŁÓŻEK W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Mając na uwadze ograniczony zakres danych przekazanych przez podmioty lecznicze, wynikający z chęci zapewnienia anonimowości udzielonych odpowiedzi, nie jesteśmy w stanie wskazać, ani oszacować dokładnie w przypadku poszczególnych podmiotów, jaki udział występujących w nich zdarzeń niepożądanych został raportowany.

Postanowiliśmy jednak dokonać przybliżonego szacunku w oparciu o liczbę łóżek w poszczególnych podmiotach i starając się odpowiedzieć na pytanie, czy jesteśmy w stanie oszacować liczbę podmiotów, gdzie liczba raportowanych zdarzeń niepożądanych odpowiada przynajmniej 2% hospitalizacji w danym podmiocie leczniczym (przyjęliśmy bardzo niską wartość 2%, a nie 10% jako bardziej odpowiadającą zarówno liczbie potencjalnie cięższych zdarzeń niepożądanych, a także mając na uwadze przedstawione powyżej dane dotyczące liczby zgłoszeń). Osiągnięcie progu 2% nie mówi o tym, że system raportowania zdarzeń niepożądanych już w pełni efektywnie działa (gdyż potencjalnie mogłoby być zgłaszane więcej zdarzeń niepożądanych, co obserwujemy w niektórych podmiotach), ale przyjmujemy, że na tym poziomie został on już utworzony i trwa dość zaawansowane wdrożenie.

Przyjęte założenia dla oszacowania liczby hospitalizacji stanowiącej punkt odniesienia dla poszczególnych szpitali:

- średnia długość hospitalizacji wynosi 5 dni (odpowiada danym z mapy potrzeb zdrowotnych¹⁶);
- uśrednione obłożenie łóżek wynosi 70% lub 100% (odpowiada danym z mapy potrzeb zdrowotnych¹⁷);
- z uwagi na fakt, że dla szpitali posiadamy tylko informację o przybliżonej liczbie łóżek – w jakim przedziale ta liczba się znajduje – przyjmowaliśmy do wyliczeń zawsze maksymalną liczbę łóżek dla tego przedziału, przy czym dla przedziału powyżej 1000 łóżek przyjęliśmy 1100 łóżek.

Założenia naszego badania spełniło w 2023 r. 31 szpitali z 354 w badanej próbie, co stanowi prawie 9%, przy założeniu, że obłożenie w szpitalu wynosi 100%.

W przypadku przyjęcia hipotezy, że obłożenie w szpitalu jest na poziomie 70%, założenie naszego badania spełniły 43 podmioty z 354, co stanowi ponad 12%. Średnia z 354 szpitali, które wzięły udział w badaniu to 1,25% (przy obłożeniu 70%) oraz 0,78% (przy obłożeniu 100%) udziału liczby zdarzeń niepożądanych w stosunku do liczby hospitalizacji. Oba wyniki są bardzo niskie.

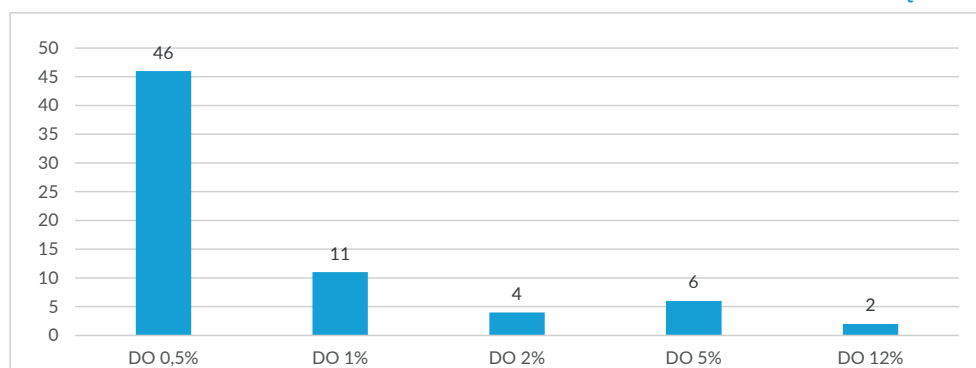
Zebrane przez nas dane nie pozwalają na przedstawienie jakichkolwiek korelacji, ani wniosków zmierzających do tego, że określona kategoria podmiotów (czy to z uwagi na liczbę łóżek, czy podmiot tworzący) raportuje istotnie mniej/więcej zdarzeń niepożądanych.

OCENA LICZBY RAPORTOWANYCH ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH NA PODSTAWIE RZECZYWISTEJ LICZBY HOSPITALIZACJI W PODMIOCIE LECZNICZYM W 2023 R.

Jednocześnie, w anonimowym z założenia badaniu, pozostawiliśmy podmiotom leczniczym możliwość zidentyfikowania się i podzielenia danymi kontaktowymi na potrzeby dalszej współpracy. Z tej możliwości skorzystało 76 podmiotów. Do badania wykorzystaliśmy dane z 68 szpitali, gdzie można było ustalić liczbę hospitalizacji z użyciem informacji publicznych.

Dzięki możliwości identyfikacji tych szpitali mogliśmy wykonać analizę dotyczącą zbieranych danych zdarzeń niepożądanych w oparciu o rzeczywistą liczbę hospitalizacji oraz zweryfikować wskazane zdarzenia powyżej założenia dla powyższych szacunków. Rzeczywistą liczbę hospitalizacji w 2023 r. w poszczególnych podmiotach zaczerpnęliśmy z mapy potrzeb zdrowotnych¹⁸.

WYKRES 17. PODMIOTY LECZNICZE WEDŁUG UDZIAŁU ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



¹⁶ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analiza/lozka-i-oblozenie/>, [dostęp: 05.08.2025]

¹⁷ Ibidem

¹⁸ Ibidem

Wykorzystując dane z podmiotów możliwe stało się określenie, że 8 z 68 szpitali spełniało przyjęte przez nas założenia¹⁹, co stanowi 11% szpitali. Największą grupę stanowią szpitale, w których liczba hospitalizacji do liczby zdarzeń niepożądanych wynosi poniżej 0,5%, to ponad 67% szpitali. Prawie 18% podmiotów wskazało, że nie raportowało zdarzeń niepożądanych (brak danych albo 0 zdarzeń niepożądanych).

Na podstawie tej grupy badanych sprawdziliśmy nasze hipotetyczne założenia dotyczące wskaźnika zdarzeń niepożądanych w odniesieniu do liczby hospitalizacji. Przy hipotezie, że obłożenie w szpitalu wynosi 70% nasze założenia spełniły 4 podmioty z 68, co stanowi niecałe 6% szpitali. W przypadku założenia, że obłożenie w szpitalu jest 100% przyjęte założenia spełniały 2 podmioty.

PRZYKŁAD DOBREJ PRAKTYKI: PLESZEWSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. W PLESZEWIE

Pleszewskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Pleszewie odznacza się bogatym i długim doświadczeniem w zarządzaniu systemem zgłaszania zdarzeń niepożądanych, ponieważ rozpoczęło zbieranie danych na temat zdarzeń niepożądanych w 2009 r. Jest to przekształcony w spółkę z o.o. szpital, którego jedynym właścicielem jest Powiat Pleszewski. Jest on położony w miejscowości posiadającej do 50 000 mieszkańców, w województwie wielkopolskim i jest szpitalem średniej wielkości. Szpital w ramach zespołu ds. jakości powołał zespół do spraw oceny i monitorowania ryzyka oraz zdarzeń niepożądanych. Po analizie wydawane są zalecenia dla zgłoszonych zdarzeń poprawiające jakość bezpieczeństwa pacjenta, monitorowana jest skuteczność wdrażanych zaleceń oraz sporządzany jest raport zbiorczy. Szpital ten jest doskonałym przykładem – jak należy działać – dla wszystkich podmiotów leczniczych. W 2023 r. personel medyczny zgłosił w nim najwyższą liczbę zdarzeń niepożądanych. Zgłaszał również zdarzenia, którym udało się zapobiec lub których negatywnych skutków udało się uniknąć, wykorzystując okazję do wzajemnej nauki.

ANALIZOWANIE INFORMACJI O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH

PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA ANALIZĘ ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

W większości podmiotów analiza dokonywana jest przez więcej niż jeden organ (lub podmiot) lub w więcej niż jednym miejscu (na poziomie szpitala i na poziomie oddziału). W prawie 85% szpitali w analizę zdarzeń niepożądanych zaangażowany był dedykowany zespół wewnątrzszpitalny. W ponad 25% szpitali analiza dokonywana jest również na poziomie poszczególnych oddziałów.

JAKIE NARZĘDZIA WYKORZYSTYWANE SĄ DO PRZEPROWADZANIA ANALIZY ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE-GO?

Z badania wynika, że w 25% podmiotów medycznych analiza zdarzeń niepożądanych przebiega bez użycia żadnego narzędzia. W ponad połowie podmiotów leczniczych wykorzystywano więcej niż jedno narzędzie do analizy zdarzeń niepożądanych. Najczęściej wybieranym narzędziem przez szpitale była matryca SAC, której używało ponad 60% badanych. Co szósty badany podmiot wykorzystuje diagram Ishikawy i metodę 5WHY.

CZY I W JAKIEJ FORMIE SĄ WYCIĄGANE WNIOSKI PO ANALIZIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO?

Wnioski po przeprowadzeniu analizy zdarzeń niepożądanych przedstawiane są w różnej formie. Raport zbiorczy przygotowywany jest w ponad 77% podmiotach. Wydawane zalecenia są w ponad 76% szpitali, a skuteczność ich wdrażania jest monitorowana w 57% podmiotów.

¹⁹ Założeniem było, że w przypadku od 2% hospitalizacji powinno odnotować się zdarzenie niepożądane!

Raport zbiorczy w większości szpitali przekazywany jest do wielu podmiotów. W 84% podmiotów leczniczych raport otrzymywany jest przez kierownictwo, a w prawie połowie szpitali raport otrzymują również ordynatorzy na oddziałach. W 25% podmiotów leczniczych informacje przekazywane są wszystkim pracownikom. W niecałych 14% szpitali raport zbiorczy przekazywany jest do zgłaszających zdarzenia niepożądane.

ZALECENIA TECHNICZNE PO PRZEPROWADZONEJ ANALIZIE

Z badania przeprowadzonego przez CMJ wynika, że szpitale przygotowują zalecenia po analizie zdarzeń niepożądanych dotyczące obszarów m.in.:

- agresji wobec personelu i innych pacjentów,
- niekompletnego instrumentarium dostarczanego przez firmę zewnętrzną,
- konieczności odciążenia personelu pielęgniarskiego w działalności transportowej (ratownicy medyczni) oraz czynnościach pielęgnacyjnych (opiekunowie medyczni),
- stosowania sznurków o kontrastowych kolorach w instalacjach sygnalizacji przyzywowej,
- włączania ekipy sprzątającej w weryfikację stanu technicznego (np. mytych okien),
- umieszczania ssaków we wszystkich salach chorych,
- wlewania mniejszej ilości płynu do pojemników do dezynfekcji rąk na salach dekontaminacji,
- montażu instalacji tlenowych w ścianie, by wyeliminować ryzyko związane z używaniem pojedynczych butli z O₂ (wciągnięcie do gantry MR),
- wprowadzenia strzykawek enteralnych do podaży leków doustnych – tak, by nie było możliwości dożylnego podania leku doustnego,
- upowszechnienia stosowania usg - guidance (do wkluć obwodowych, znieczuleń podpajęczynówkowych),
- wydawania rekomendacji dotyczących wprowadzania nowych stanowisk pracy i zespołów zadaniowych: Risk Manager, Zespół ds. Optymalizacji Terapii.

Znaczna część szpitali wprowadza również zalecenia w obszarze gospodarki krwią i jej preparatami, postępowania okołotransfuzyjnego – pomimo, że gospodarka krwią wydaje się obszarem wysoce wystandaryzowanym. Pojawiają się zalecenia dotyczące bezpieczeństwa farmakoterapii u chorych uczulonych na leki.

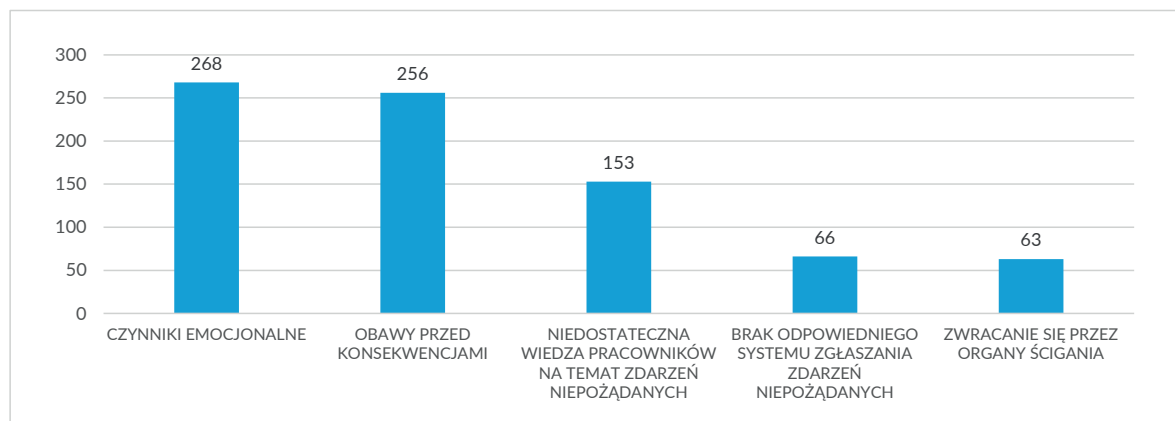
PROBLEMY, WYZWANIA I OCZEKIWANIA

Szpitale identyfikują różne przyczyny trudności w zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych²⁰. Widoczny jest niepokój pracowników szpitala przed informowaniem o zdarzeniu, zarówno w obawie przed konsekwencjami, jak i ze względu na czynniki emocjonalne np. ze względu na strach, wstyd przed zgłoszeniem. Szpitale przyznają, że przyczyną trudności w zgłaszaniu zdarzeń jest brak odpowiedniego systemu, który ułatwiłby zbieranie i analizę danych.

15% szpitali zwróciło uwagę na fakt, że zwracanie się przez organy ścigania do podmiotów o udostępnianie informacji o zdarzeniach niepożądanych również może powodować obawy przed zgłaszaniem informacji o zdarzeniach niepożądanych. Jednocześnie zagadnienie to budzi dużo emocji i często podnoszone jest w debacie publicznej.

²⁰ Podmioty mogły zaznaczyć więcej niż jedną przyczynę trudności. W tabelce zostały wskazane najczęstsze odpowiedzi

WYKRES 18. TRUDNOŚCI W ZGŁASZANIU ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

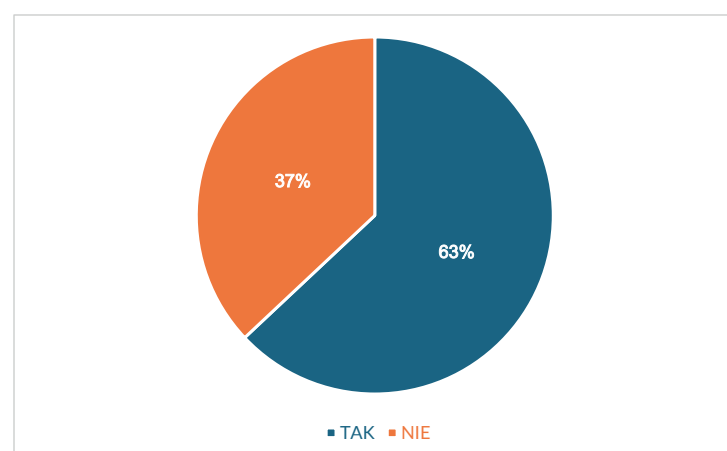


Jak wskazało CMJ, z przeprowadzonego badania wynika, że wciąż funkcjonują oddziały, na których uznaje się informowanie o występowaniu zdarzeń niepożądanych za niewłaściwe, jak również oddziały, które w ogóle nie identyfikują zdarzeń niepożądanych. W obu tych przypadkach sytuacja jest z pewnością nieprawidłowa.

CENTRALNY SYSTEM ZBIERAJĄCY DANE NA TEMAT ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

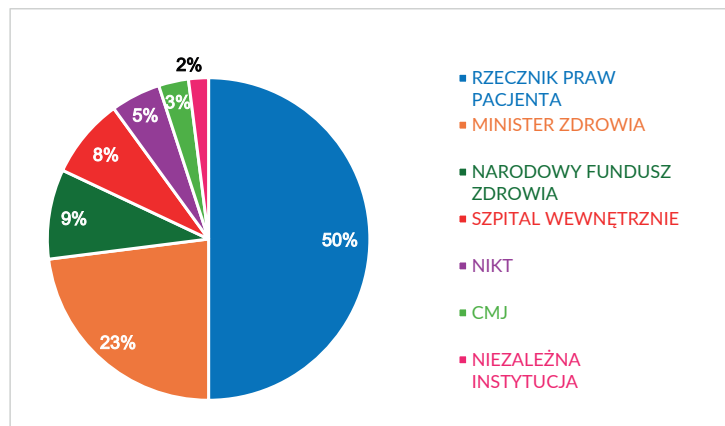
Centralny system zbierania informacji na temat zdarzeń niepożądanych jest istotny ze względu na możliwość poprawy bezpieczeństwa pacjentów, ponieważ umożliwia identyfikację powtarzających się błędów i zagrożeń. Dzięki analizie danych z wielu placówek możliwe jest wyciąganie wniosków systemowych i wdrażanie skutecznych działań zapobiegawczych, które zwiększają bezpieczeństwo pacjentów w skali całego kraju. System centralny sprzyja kulturze otwartości i uczenia się. Zamiast obwiniania jednostek, skupia się na analizie procesów i źródeł błędów, co przekłada się na doskonalenie praktyk klinicznych i organizacyjnych. Dane zebrane w jednym miejscu umożliwiają również porównania między szpitalami oraz monitorowanie postępów w zakresie poprawy jakości.

WYKRES 19. CZY POWINIEN POWSTAĆ CENTRALNY SYSTEM ZBIERANIA INFORMACJI O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH?



Z przeprowadzonego przez nas badania wynika, że prawie 2/3 badanych szpitali jest za stworzeniem centralnego systemu zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych.

WYKRES 20. KTO POWINIEN ZBIERAĆ INFORMACJE W CENTRALNYM SYSTEMIE?



Prawie połowa podmiotów wskazała, że w centralnym systemie zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych gromadzenie informacji powinno należeć do Rzecznika Praw Pacjenta. 23% szpitali zaznaczyło Ministra Zdrowia, a prawie 9% Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozostałe podmioty nie chcą, aby powstał centralny system, albo wskazują, że odpowiednimi podmiotami byłyby np. CMJ lub inna niezależna instytucja.

GROMADZENIE I ANALIZA INFORMACJI

III. WNIOSKI

III. WNIOSKI

Badanie dotyczące zbierania informacji na temat zdarzeń niepożądanych w szpitalach w Polsce, przedstawia sytuację obecną w szpitalach i ujawnia szereg istotnych problemów. Z przeprowadzonej analizy wynika, że w polskich szpitalach jest wyjątkowo niska liczba zgłoszeń na temat zdarzeń niepożądanych. Niezależnie od wielkości szpitala tzn. liczby posiadanych łóżek i hospitalizacji, zareportowana liczba zdarzeń niepożądanych poniżej 50 z pewnością nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji panującej w szpitalu (a na taką liczbę zgłoszeń wskazało 60% badanych podmiotów).

Wskazuje to na niedostatecznie rozwinięte systemy raportowania, brak świadomości personelu i podmiotów leczniczych na temat zdarzeń niepożądanych. Badani zwracają również uwagę na obawę przed wystąpieniami organów ścigania do podmiotów o udostępnianie zbieranych informacji o zdarzeniach niepożądanych. Ta obawa również może przyczyniać się do istotnie mniejszej liczby zgłoszeń. Ponadto, duża liczba szpitali zbiera zgłoszenia w formie papierowej, co może utrudniać raportowanie. Z przeprowadzonych analiz wynika, że w 63% placówek zgłoszenia zdarzeń niepożądanych mają charakter anonimowy, choć etap, na którym jest zapewniona anonimowość różni się w zależności od podmiotu.

Zalecenia po analizie zdarzeń wydawane są w ponad 76% szpitali, natomiast w 57% z nich monitoruje się skuteczność wdrażanych rozwiązań.

Badanie wykazało również, że niemal dwie trzecie respondentów popiera utworzenie centralnego systemu rejestracji zdarzeń niepożądanych. Jeśli chodzi o instytucję, która powinna prowadzić taki system, blisko połowa placówek wskazała Rzecznika Praw Pacjenta. Minister Zdrowia został wybrany przez 23% szpitali, a Narodowy Fundusz Zdrowia przez mniej niż 9%. Pozostałe jednostki były przeciwne tworzeniu takiego systemu lub sugerowały, że zadanie to powinno zostać powierzone niezależnemu podmiotowi, takiemu jak np. Centrum Monitorowania Jakości w ochronie zdrowia.

Każdy z badanych szpitali zbiera informacje na temat zdarzeń niepożądanych, jednak sposób ich rejestracji, monitorowania i analizowania jest różny, często nieporównywalny i niespójny. Brak standaryzacji prowadzi do trudności w identyfikowaniu trendów i wdrażaniu jednolitych rozwiązań poprawiających bezpieczeństwo pacjentów.

Mimo tych trudności, zebrane dane wskazują na duży potencjał do wdrażania zmian. Różnice pomiędzy szpitalami stanowią punkt wyjścia do opracowania dobrych praktyk, które – po odpowiednim dostosowaniu – mogłyby zostać zaimplementowane we wszystkich placówkach. Szczególnie wartościowe może być wprowadzenie systematycznych analiz jakościowych i ilościowych, umożliwiających identyfikację przyczyn zdarzeń oraz skutecznych metod przeciwdziałania zdarzeniom niepożądanym.

W przyszłości na podstawie powtarzalnych, podobnych analiz, będzie można zaproponować ustandaryzowane metody zarządzania zdarzeniami niepożądanymi, co mogłoby znacząco podnieść jakość ich monitorowania oraz zapoczątkować proces realnej zmiany w obszarze bezpieczeństwa pacjenta w Polsce.

PODZIĘKOWANIA:

Serdeczne podziękowania kierujemy do podmiotów leczniczych, które wzięły udział w anonimowej ankiecie, a w szczególności do tych, które mimo zapewnionej anonimowości – zdecydowały się podać dane swojej placówki.

Dzięki Państwa otwartości i zaangażowaniu możliwe było nie tylko przeprowadzenie badania, ale również potwierdzenie jego założeń w praktyce oraz zweryfikowanie spójności i wiarygodności uzyskanych danych. Państwa wkład znacząco podniósł wartość merytoryczną badania, umożliwiając bardziej precyzyjną analizę oraz formułowanie wniosków mających realne zastosowanie w systemie.

Państwa zaangażowanie stanowi istotny element rozwoju wiedzy na temat zarządzania zdarzeniami niepożądanymi w polskim systemie ochrony zdrowia, za co wyrażamy głęboką wdzięczność.

Spis szpitali:

1. 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ
2. Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r w Radzyminie
3. Centrum Okulistyki Oko-med sp z o.o.
4. Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli
5. Dom Lekarski sp. z o.o. grupa Medicover
6. EMC Piaseczno Sp. z o.o
7. Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty”
8. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
9. Grupa Medyczna
10. ICZ Healthcare sp. z o.o.
11. Intercard Sp. z o.o.
12. Klinika Okulistyczna "Jasne Błonia"
13. Mazowiecki Szpital Onkologiczny
14. Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
15. Medical Network Intelligence Group sp. z o.o.
16. Megrez Sp. z o.o.
17. Nadmorskie Centrum Medyczne Szpital Jednodniowy im. Dr. Michała Pawlaka
18. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
19. Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.
20. OKI Ikardia sp. z o.o.
21. Ortopedicum Sp. z o.o.
22. Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
23. Ośrodek Chirurgii Oka Prof. Z. Zagórskiego w Nałęczowie
24. Ośrodek Rehabilitacyjno-Postresocjalizacyjny Stowarzyszenie Solidarni PLUS
25. Pleszewskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Pleszewie
26. Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
27. Przychodnia Lekarska Hipokrates sp. z o.o.
28. PZU Zdrowie S.A Centra Medyczne w Częstochowie
29. Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
30. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich
31. Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa AmbulATORYJNEGO w Katowicach „Moja Przychodnia”

32. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kępnie
33. SP ZOZ MSWiA im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego
34. SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie
35. SP ZOZ Nr1 w Bełżycach
36. SP ZOZ Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie
37. SP ZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku
38. SP ZOZ w Chełmnie
39. SP ZOZ w Leżajsku
40. SP ZOZ w Łęcznej
41. SP ZOZ w Mogilnie
42. SP ZOZ w Puławach
43. SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim
44. SP ZOZ we Włodawie
45. SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
46. SPZOZ w Kościanie
47. Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim
48. Szpital Kliniczny im ks. Anny Mazowieckiej
49. Szpital Kliniczny MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie
50. Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie
51. Szpital monoprofilowy w ramach Grupy Medycznej
52. Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem
53. Szpital Powiatowy Sp. z o.o w Pasłęku
54. Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.
55. Szpital Specjalistyczny
56. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu
57. Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu
58. Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica
59. Szpital Św. Rocha w Ozimku
60. Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy
61. Szpital w ramach Grupy Medycznej
62. Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie
63. Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
64. Szpital Wojewódzki w Łomży
65. Szpital Wojewódzki w Suwałkach
66. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
67. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
68. Warszawski Szpital Południowy sp. z o. o.
69. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie
70. Wojewódzki Szpital Okulistyczny w Krakowie
71. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
72. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Częstochowie
73. Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie
74. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu
75. Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku
76. ZOL SP ZOZ w Tuczynie

SPIS WYKRESÓW:

- WYKRES 1. WOJEWÓDZTWO PODMIOTU
- WYKRES 2. MIEJSCOWOŚĆ
- WYKRES 3. LICZBA ŁOŻEK
- WYKRES 4. ODDZIAŁY
- WYKRES 5. PODMIOT TWORZĄCY
- WYKRES 6. OD KIEDY SĄ ZBIERANE INFORMACJE O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH?
- WYKRES 7. JAKIE MODUŁY OBEJMUJE SYSTEM ELEKTRONICZNY?
- WYKRES 8. UMOCOWANIE SYSTEMU RAPORTOWANIA
- WYKRES 9. OSOBY I GREMIA ODPOWIEDZIALNE ZA ZBIERANIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH
- WYKRES 10. DOKUMENTY TWORZĄCE SYSTEM RAPORTOWANIA O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH
- WYKRES 11. ZGŁASZANIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH
- WYKRES 12. ZBIERANIE INFORMACJI O OSOBIE ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE
- WYKRES 13. ELEMENTY FORMULARZA ZGŁASZANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH
- WYKRES 14. NAJCZĘŚCIEJ W SZPITALACH ZGŁASZANE SĄ NASTĘPUJĄCE KATEGORIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH
- WYKRES 15. PODMIOTY WEDŁUG LICZBY ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W 2023 R.
- WYKRES 16. STOSUNEK LICZBY ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W 2023 R. DO ŚREDNIEJ ROCZNEJ
- WYKRES 17. PODMIOTY LECZNICZE WEDŁUG UDZIAŁU ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH
- WYKRES 18. TRUDNOŚCI W ZGŁASZANIU ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH
- WYKRES 19. CZY POWINIEN POWSTAĆ CENTRALNY SYSTEM ZBIERANIA INFORMACJI O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH?
- WYKRES 20. KTO POWINIEN ZBIERAĆ INFORMACJE W CENTRALNYM SYSTEMIE?



Rzecznik Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta
ul. Płocka 11/13; 01-231 Warszawa
kancelaria@rpp.gov.pl
fax: (22) 506 50 64