



***Polityka Bezpieczeństwa Pacjenta
i Personelu
w Szpitalu św. Łukasza S.A.
w Bielsku-Białej
z dnia 18.08.2025 r.***

Spis treści:

I.	Wdrożenie systemu poprawy bezpieczeństwa	Str. 3
II.	Wdrożenie Polityki Bezpieczeństwa Pacjenta	Str. 4
III.	Identyfikacja zdarzeń niepożądanych, które dosięgnęły pacjenta	Str. 5
IV.	Identyfikacja zdarzeń niepożądanych, które nie dosięgnęły pacjenta	Str. 5
V.	Analiza niedoszłych zdarzeń niepożądanych	Str. 6
VI.	Wdrożenie zaleceń z Analiz RCA dla poprawy funkcjonowania opieki	Str. 7
VII.	Minimalizacja ryzyka pomylenia pacjenta i miejsca operowanego	Str. 8
VIII.	Minimalizacja ryzyka wykonywanych zabiegów	Str. 9
IX.	Wdrożenie skutecznych metod komunikacji wśród personelu	Str. 10

I. Wdrożenie systemu poprawy bezpieczeństwa

Szpital św. Łukasza S.A., promuje bezpieczeństwo pacjenta jako najwyższy priorytet i w celu poprawy bezpieczeństwa opieki wdrożył system działania zapobiegający zdarzeniom niepożądanym. Ponieważ uznaną metodą poprawy bezpieczeństwa pacjenta, a także personelu oraz szpitala, jako organizacji opieki zdrowotnej, jest prowadzenie monitorowania zdarzeń niepożądanych.

Dążąc do zmniejszania ryzyka związanego z hospitalizacją, Szpital prowadzi działania takie jak:

- 1) identyfikowanie zdarzeń niepożądanych,
- 2) ich analizowanie,
- 3) formułowanie wniosków i zaleceń,
- 4) wdrażanie nowych rozwiązań,
- 5) nadzorowanie skuteczności i trwałości ich wdrożenia

Źródłem identyfikowanych zdarzeń niepożądanych są:

- 1) zgłoszenia do szpitalnego systemu raportowania zdarzeń niepożądanych CIRS, gdzie informacja na temat wystąpienia zdarzenia uzyskiwana jest poprzez zgłoszenia, uzyskiwane od osób, które uczestniczą w zdarzeniu lub je obserwują. Osoba zgłaszająca zdarzenie niepożądane uzyskuje informację zwrotną, dotyczącą zmian wprowadzonych w wyniku przeprowadzonej analizy zdarzenia, na podstawie kwartalnego Raportu z analizy,
- 2) przegląd dokumentacji medycznej, na podstawie kontroli poprawności, zgodnie z rozporządzeniem Min. Zdr. w sprawie dok.
- 3) analizowanie poszczególnych kategorii działalności klinicznej, takich jak np. reoperacje, powtórne hospitalizacje, przedłużone pobyty,
- 4) dane i informacje zawarte w szpitalnym systemie skarg i wniosków; sprawach rozpatrywanych przez Rzecznika Praw Pacjenta, sprawach sądowych.

Zdarzenia niepożądane podlegające identyfikacji obejmują:

- 1) zdarzenia niepożądane, które dosięgnęły pacjenta i wywołały szkodę,
- 2) zdarzenia niepożądane, które dosięgnęły pacjenta i nie wywołały szkody,
- 3) zdarzenia niepożądane niedoszłe, czyli zdarzenia, które nie dosięgnęły pacjenta.

Szpital analizuje poważne zdarzenia niepożądane według modelu analizy przyczyn źródłowych RCA (ang. root cause analysis), zwanego też analizą przyczynowo-skutkową i z wykorzystaniem oceny ciężkości i częstości zdarzenia według matrycy SAC (ang. Safety Assessment Code).

Najważniejszym elementem systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta jest wdrażanie wniosków, wynikających z analizy RCA i wprowadzanie usprawnień w funkcjonowaniu, zapobiegających ponownemu wystąpieniu podobnych zdarzeń.

II. Wdrożenie Polityki Bezpieczeństwa Pacjenta

Aby zapewnić efektywne działanie systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta, Szpital zapewnia wsparcie i ochronę osobom, które uczestniczą w procesie poprawy bezpieczeństwa, stwarza warunki do kształtowania kultury jakości, która zapewnia:

- 1) swobodę zgłaszania zdarzeń niepożądanych, bez obawy o represje,
- 2) swobodną komunikację między personelem medycznym,
- 3) współdziałanie a nie współzawodnictwo personelu medycznego.

Wdrożenie polityki bezpieczeństwa pacjenta, obejmuje:

- 1) zasady zgłaszania i analizowania zdarzeń niepożądanych oraz wdrażania wniosków wynikających z przeprowadzonych analiz, zgodnie z *Procedurą postępowania przypadku zdarzeń niepożądanych*.
- 2) umożliwienie zgłaszania zdarzeń niepożądanych również anonimowo przez personel, celem wdrożenia działań zapobiegawczych w atmosferze otwartości, uczciwości i nie wymierzania sankcji, zgodnie z *Procedurą postępowania przypadku zdarzeń niepożądanych*.
- 3) umożliwienie zgłaszania zdarzeń niepożądanych przez pacjentów, ich rodziny i opiekunów, także anonimowo, poprzez przygotowanie dostępu elektronicznego do systemu CIRS na stronie internetowej,
- 4) określenie osób odpowiedzialnych za monitorowanie zdarzeń niepożądanych, poprzez wyznaczenie 3-osobowego „Zespołu ds. analiz zdarzeń niepożądanych”, spośród członków Komitetu ds. Jakości, który prowadzi pogłębioną analizę na dwóch spotkaniach,

III. Identyfikacja zdarzeń niepożądanych, które dosięgnęły pacjenta.

Szpital identyfikuje szczególnie te zdarzenia niepożądane, które wystąpiły i bezpośrednio spowodowały szkodę u pacjenta, jak również mogły w sposób pośredni przyczynić się do zaistnienia tej szkody. Obejmują one między innymi aspekty związane z:

- 1) działalnością kliniczną tj. związane z zabiegami wykonywanymi na oddziałach jak również z hospitalizacjami bez zabiegowymi,
- 2) farmakoterapią tj. z całym procesem zlecenia, podawania i reakcji pacjenta na leki.
- 3) przetaczaniem krwi i jej składników, zgodnie z zaleceniami RCKiK w Katowicach oraz zgodnie z przepisami prawa w zakresie krwiodawstwa,
- 4) sprzętem medycznym, wyposażeniem tj. z procesem użytkowania sprzętu w kontakcie z pacjentem,
- 5) zasobami ludzkimi tj. z personelem oraz osobami uczestniczącymi w opiece nad pacjentem.

Szpital przeprowadza analizę przyczynowo - skutkową RCA dla zdarzeń niepożądanych, których wynik oceny ciężkości i częstości występowania, oceniono na 3 pkt wg matrycy SAC.

Matryca SAC		CIĘŻKOŚĆ ZDARZENIA			
		bardzo ciężkie	Istotne	Umiarkowane	Lekkie
PRAWDOPODOBIENIWOŚĆ	Częste Kilka razy w ciągu roku	3	3	2	1
	Sporadyczne Prawdopodobnie 1-2 razy w roku	3	2	1	1
	Rzadkie Możliwe, że zdarzenie wystąpi raz na 2-5 lat	3	2	1	1
	bardzo rzadkie Małe prawdopodobieństwo wystąpienia 5-30 lat	3	2	1	1

IV. Identyfikacja zdarzeń niepożądanych, które nie dosięgnęły pacjenta.

Analiza RCA prowadzona jest również dla bezszkodowych i niedoszłych zdarzeń niepożądanych, które mogłyby istotnie zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów. W trakcie hospitalizacji może dochodzić do sytuacji, w której wszystko zmierzało do wystąpienia zdarzenia niepożądanego, ale ostatecznie udało się go uniknąć, czyli do wystąpienia tzw. niedoszonego zdarzenia niepożądanego

Analiza przyczyn źródłowych ma na celu:

- 1) wskazanie przyczyn zdarzenia, zebranie informacji o zidentyfikowanych przyczynach i okolicznościach wystąpienia zdarzenia niepożądanego, uczestnikach tego zdarzenia oraz jego konsekwencjach dla uczestników;
- 2) określenie stopnia, w jakim poszczególne przyczyny doprowadziły do wystąpienia zdarzenia, przeprowadzenie analizy informacji, o których mowa w pkt 1, oraz sformułowaniu na jej podstawie wniosków.
- 3) sformułowanie zaleceń podjęcia działań na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia niepożądanego.

Proces wyjaśniania przyczyn wystąpienia zdarzenia niepożądanego oraz jego okoliczności jest prowadzony w Szpitalu w ramach systemu raportowania i uczenia się (RLS), co oznacza, że Kierownictwo uczestnicząc i nadzorując narzędzia RCA, RLS, SAC, dąży do eliminowania przyczyn powstawania zdarzeń niepożądanych i tym samym zmniejszenia liczby i ciężkości ww. zdarzeń.

V. Analiza niedoszłych zdarzeń niepożądanych.

Szpital przeprowadza analizę przyczynowo - skutkową RCA dla zdarzeń niepożądanych, których wynik oceny ciężkości i częstości występowania, oceniono na 3 pkt w skali SAC. Analiza RCA prowadzona jest również dla bezszkodowych i niedoszłych zdarzeń niepożądanych, które mogłyby istotnie zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów.

Celem analizy jest:

- 1) wskazanie przyczyn zdarzenia;

2) określenie stopnia, w jakim poszczególne przyczyny doprowadziły do wystąpienia zdarzenia;

3) sformułowanie wniosków dotyczących zmiany sposobu postępowania.

Przeprowadzanie analizy RCA jest podstawowym narzędziem dla Szpitala w zakresie eliminowania zdarzeń niepożądanych i jest działaniem, w którym uczestniczą Kierownicy poszczególnych komórek, a prace uczestników nadzoruje Dyrektor Zarządzający. Kierownictwo angażuje w ww. działania uczestników procesu, w tym personel medyczny.

Uczestnicy procesu i kierownictwo jest zaangażowane w analizy analizy przyczynowo - skutkowe RCA dla zdarzeń niepożądanych, których wynik oceny ciężkości i częstości występowania oceniono na 3 w skali SAC, dla zdarzeń niepożądanych bezszkodowych i również dla zdarzeń niepożądanych niedoszłych, które mogłyby istotnie zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów, czego potwierdzeniem jest *Procedura postępowania w przypadku zdarzeń niepożądanych* oraz wyniki analiz

VI. Wdrożenie zaleceń z Analiz RCA dla poprawy funkcjonowania opieki

Za wprowadzanie zaleceń i rozwiązań, jakie wynikają z analizy poważnych zdarzeń niepożądanych, odpowiedzialny jest Dyrektor Zarządzający.

Zmiany i rozwiązania służące poprawie bezpieczeństwa funkcjonowania opieki, określone w wyniku analizy RCA kierunkują:

- 1) sposób wdrożenia, przy wsparciu Dyrektora Zarządzającego i Kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych, w tym Kierowników Oddziałów,
- 2) ścieżki monitorowania wdrożenia,
- 3) częstotliwość i rzeczowość oceny skuteczności wdrożenia zaleceń i rekomendowanych rozwiązań,
- 4) sposoby rozpowszechniania informacji na temat korzyści wynikających z wprowadzonych zmian na poziomie operacyjnym oraz systemowym.

VII. Minimalizacja ryzyka pomylenia pacjenta i miejsca operowanego

Ryzyko pomylenia pacjenta dotyczy wszystkich aspektów diagnostyki i leczenia. Pacjenci mogą znajdować się pod wpływem sedacji, być zdezorientowani, nie w pełni świadomi, w stanie śpiączki, mogą zmieniać sale chorych i być przekazywani na inne oddziały. Mogą nie pamiętać swojej tożsamości lub znajdować się w sytuacjach, które sprzyjają błędnej identyfikacji, np. posiadanie tego samego lub zbliżonego imienia i nazwiska lub tej samej daty urodzenia. Dlatego też Szpital minimalizuje ryzyko pomylenia pacjenta poprzez wprowadzenie jednoznacznej identyfikacji, prowadzonej z wykorzystaniem identyfikatorów zapisanych na opasce na nadgarstku, takich jak:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) data urodzenia;
- 3) numer historii choroby;
- 4) kod kreskowy na identyfikatorze nadgarstkowym, który za pomocą czytnika, przyłóżkowo odczytuje dane pacjenta na identyfikatorze;
- 5) nazwa oddziału.

Proces identyfikowania pacjentów jest ujednolicony w całym Szpitalu.

W sytuacjach szczególnych, np. gdy pacjent o nieustalonej tożsamości jest przyjmowany do Szpitala jako nieprzytomny lub w stanie śpiączki, po udzieleniu pierwszej pomocy, Szpital identyfikuje pacjenta na podstawie informacji od osób bliskich i przedstawianych przez te osoby, dokumentów lub przy braku takich informacji Szpital określa jako „NN”.

Dla poprawy bezpieczeństwa w trakcie hospitalizacji, pacjenci zwiększonego ryzyka, dotyczącego np. upadków, odleżyn, niedożywienia: są opisani i identyfikowani czerwonym kolorem na opasce zakładanej na nadgarstku, stosowana jest jednoznaczna identyfikacja prowadzona z wykorzystaniem przynajmniej dwóch ww. identyfikatorów, a proces identyfikowania pacjentów za pomocą dwóch różnych identyfikatorów jest ujednolicony w całym szpitalu, zgodnie z *Procedurą minimalizującą ryzyko wykonania niewłaściwego zabiegu, w niewłaściwym miejscu lub po niewłaściwej stronie*.

VIII. Minimalizacja ryzyka wykonywanych zabiegów.

Szpital dokłada wszelkich starań, aby nie występowały przypadki wykonywania niewłaściwego zabiegu, w tym zabiegu u niewłaściwego pacjenta.

Stosowanie odpowiedniej zapobiegawczej procedury u każdego pacjenta, u którego planuje się wykonanie operacji lub innego zabiegu inwazyjnego obniża ryzyko wystąpienia takich przypadków. Postępowanie zapobiegawcze w oddziale obejmuje:

- 1) zgromadzenie i weryfikację pełnej niezbędnej informacji, dokumentacji i badań pacjenta,*
- 2) weryfikację rodzaju planowanej procedury zabiegowej, miejsca zabiegu i jeżeli to zasadne, rodzaju implantu jaki zostanie użyty,*
- 3) zaznaczenie miejsca operowanego, dla jednoznacznego wskazania miejsca dostępu: nacięcia lub nakłucia. Miejsce operowane jest oznaczane markerem, którego znaki będą widoczne też wtedy, gdy skóra pacjenta zostanie przygotowana i obłożona do zabiegu, szczególnie w przypadku procedur dotyczących wyboru prawa/lewa strona, struktur wielokrotnych (takich jak palce) lub poziomu (jak procedury w obrębie kręgosłupa).*

Oznaczanie miejsca operowanego dotyczy wszystkich operacji, nie tylko zabiegów przeprowadzanych na narządach lub organach parzystych.

Postępowanie zapobiegawcze na sali operacyjnej obejmuje stosowanie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (OKK) – narzędzia służącego do zmniejszania ryzyka okołozabiegowego.

Kolejność poszczególnych elementów OKK jest zgodna z przebiegiem zabiegu i dotyczy:

- 1) etapu przed indukcją znieczulenia;*
- 2) etapu przed nacięciem powłok;*
- 3) etapu przed wyjazdem pacjenta z sali operacyjnej.*

Na każdym z etapów koordynator OKK uzyskuje od zespołu wyraźne potwierdzenie, że zrealizowano poszczególne wymagania. Uzyskanie potwierdzenia warunkuje przejście do kolejnego etapu zabiegu. Karta umożliwia też wstrzymanie zabiegu w sytuacjach zagrażających bezpieczeństwu operowanego pacjenta.

OKK jest sporządzone wg wzoru WHO, a forma checklisty narzuca konieczność werbalizacji poszczególnych elementów, istotnych dla bezpieczeństwa

okołozabiegowego. Oznacza to, że największą i jedyną wartość ma poprawne stosowanie OKK w rzeczywistym czasie trwania poszczególnych etapów zabiegu. Prowadzenie OKK jest spójne z zapisami w historii choroby, dotyczącymi:

- 1) okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej;
- 2) profilaktyki przeciwzakrzepowej;
- 3) alergii i nadwrażliwości na leki.

OKK jest stosowana nie tylko dla zabiegów z udziałem anestezjologa, ale także dla zabiegów niewymagających działania lekarza anestezjologa.

IX. Wdrożenie skutecznych metod komunikacji wśród personelu

Przekaz istotnych informacji zdrowotnych pomiędzy zespołami terapeutycznymi oraz przejęcie odpowiedzialności za opiekę nad pacjentem w istotnym zakresie wpływa na bezpieczny przebieg hospitalizacji.

Nieskuteczna komunikacja wśród personelu jest istotną przyczyną występowania incydentów i problemów w opiece nad pacjentem. Dobre porozumiewanie wymaga stosowania skutecznych i uznanych metod komunikowania się, takich jak np. SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), ISOBAR (Identification, Situation, Observation, Background, Assessment, Readback). Szpital:

- 1) zapoznaje personel ze skutecznymi metodami komunikacji, np. SBAR, ISOBAR;
- 2) wprowadza informacje na temat skutecznej komunikacji do programu adaptacji nowozatrudnionych;
- 3) uwzględnia ocenę skuteczności komunikacji wśród personelu w badaniu opinii personelu.

W celu utrwalenia poprawnych form komunikacji, Szpital jako pracodawca zapewnia regularne coroczne szkolenia personelu.

PROKURENT

Jarosław STANKOWSKI

IWONA HOFFMANN
kierownik ds. realizacji
świadczonych usług medycznych